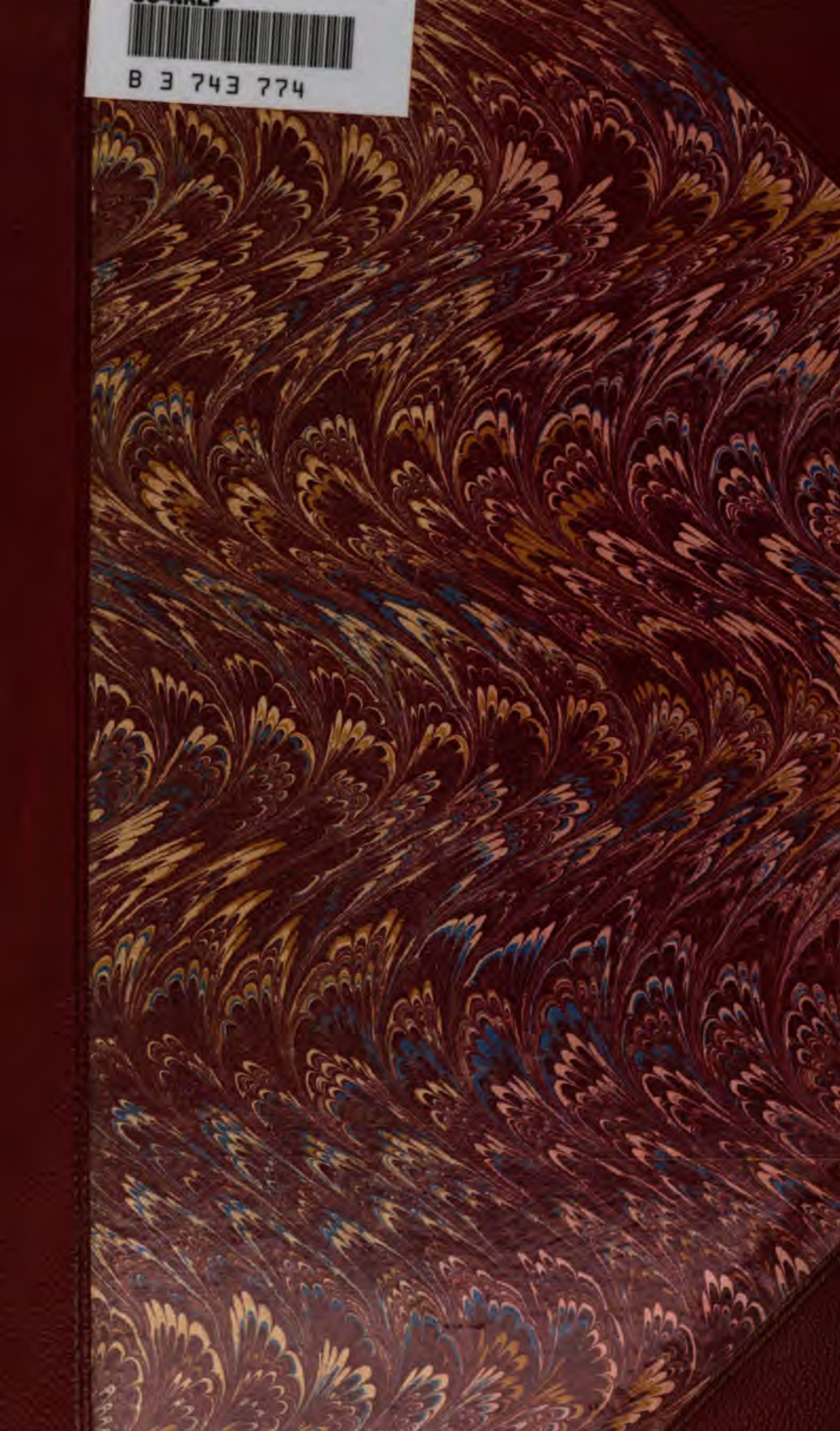
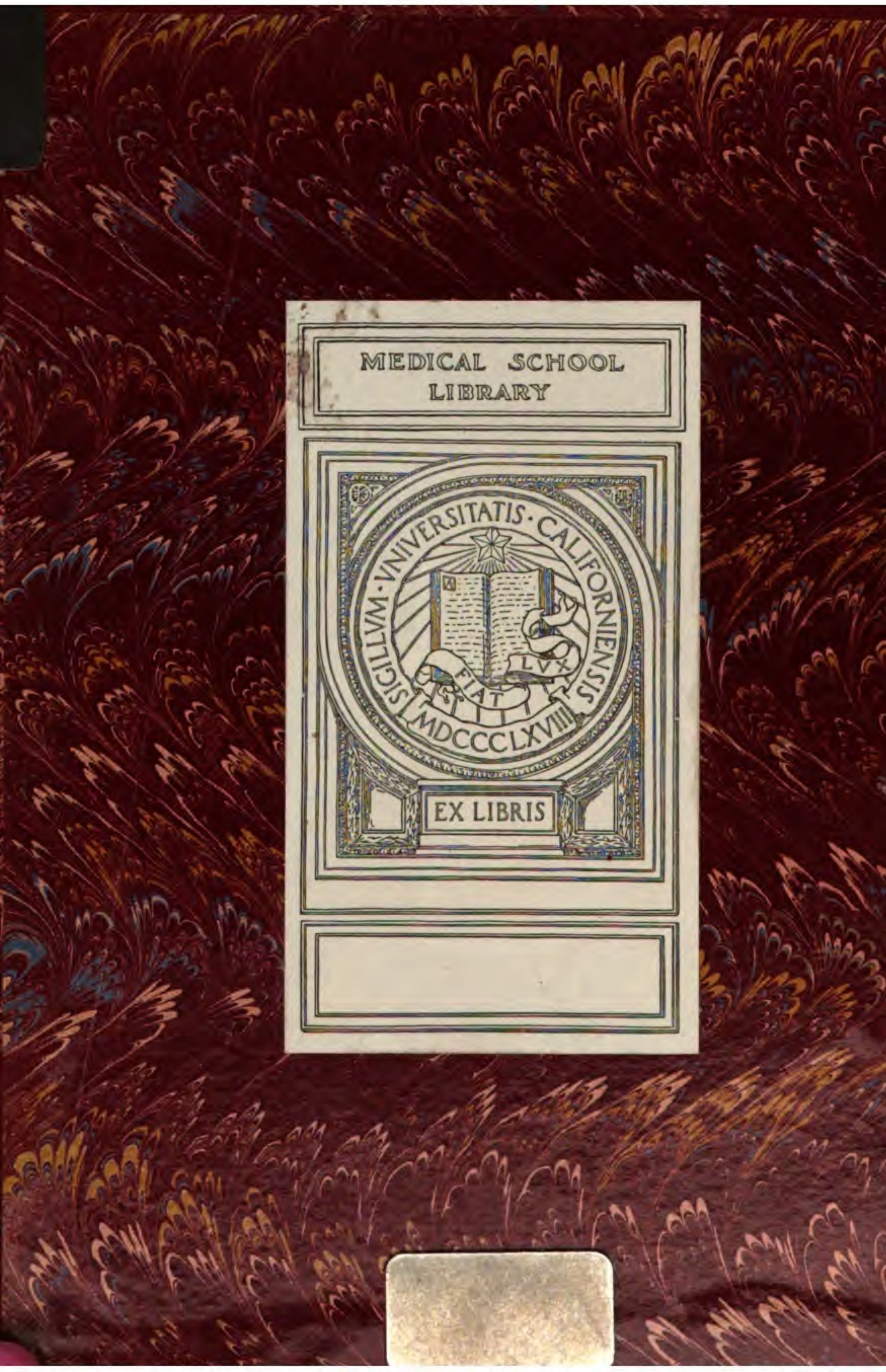
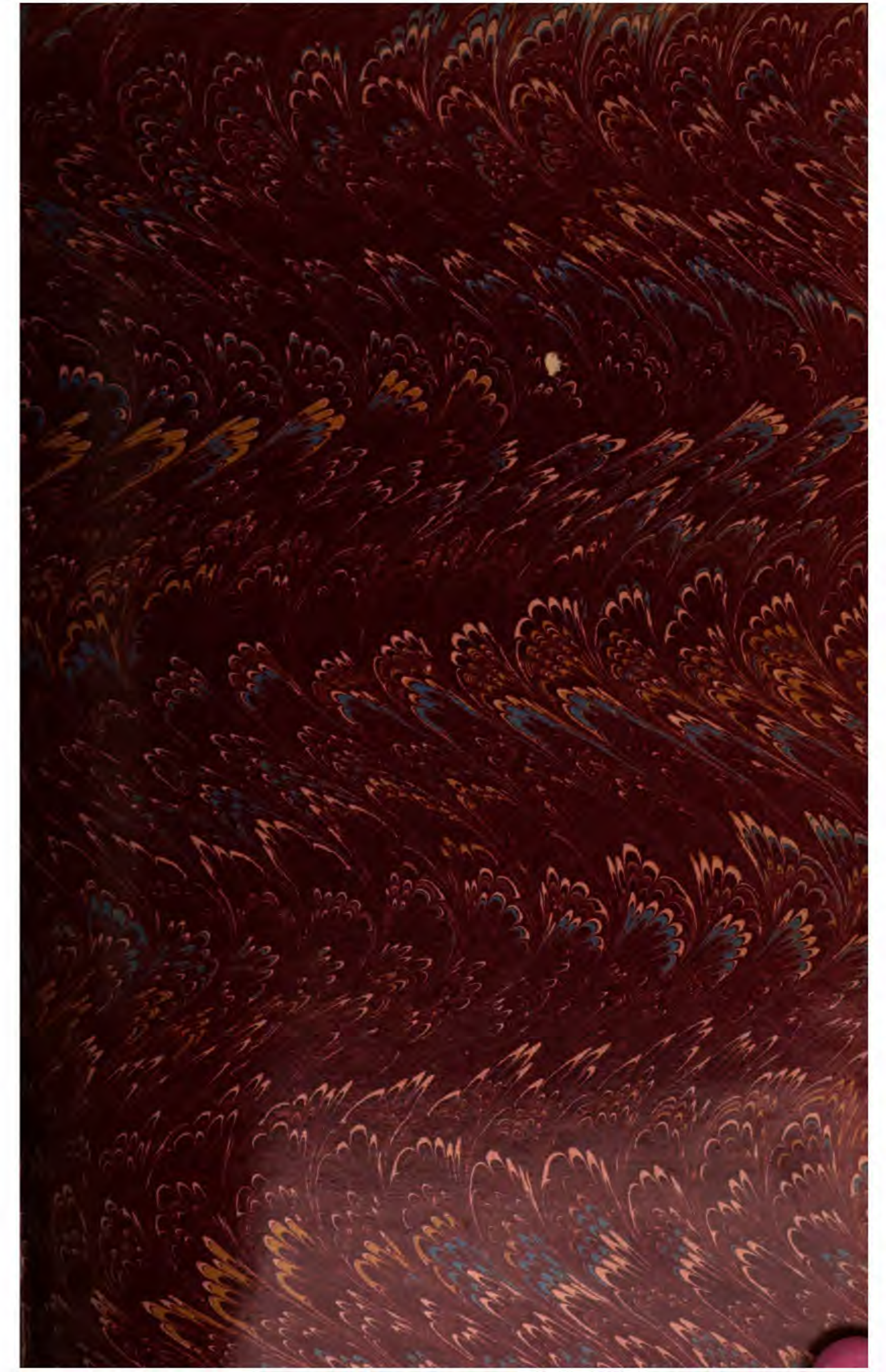



MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von

Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
Deutschland
dem Begründer des Blattes,

van Deventer (Meerenberg), **Gowers** (London), **Ireland** (Mavisbush).
Niederlande — England — Schottland

Kowalewskij (Charkow), **Ladame** (Genf), **Lange** (Kopenhagen),
Russland — Schweiz — Dänemark

Laufenauer (Budapest), **Lombroso** (Turin), **Morel** (Gand), **Morselli** (Genua),
Ungarn — Italien — Belgien — Italien

Obersteiner (Wien), **Seguin** (New-York),
Oesterreich — Nordamerika

Redigirt von

Dr. med. R. Sommer und Dr. H. Kurella.

1895.

XVIII. Jahrgang. Neue Folge VI. Band.



COBLENZ & LEIPZIG.
Druck und Verlag von W. Groos, Königl. Hofbuchhandlung
(Kindt & Meinardus.)

Inhalts-Verzeichniss.

Abhandlungen.

Vereins- und Versammlungs-Berichte.

Bücherbespreceungen.

Anatomie, Physiologie und Psychologie.

Allgemeine Pathologie und patholog. Anatomie.

Erkrankungen der peripherischen Nerven und Muskeln.

Rückenmarks-Erkrankungen.

Hirn-Erkrankungen.

Neurosen und Hypnotismus.

Vincent: Die Elemente des Hypnotismus, 81. — Buschan: Die Basedow'sche Krankheit, 80. — Moll: Der Hypnotismus, 183. — Brandenburg: Die Basedow'sche Krankheit, 350. — Pel: Myxödema, 351. — Forel: Der Hypnotismus, 405. — Benedikt: Hypnotismus und Suggestion, 415. — Witte: Ein Fall von totaler Anästhesie, 415. — Koch: Das Nervenleben des Menschen, 421. — Marinesco u. Sérieux: Epilepsie, 551.

Psychopathologie.

R. Sommer: Diagnostik der Geisteskrankheiten, 22. — Scholz: Vorträge über Irrenpflege, 83. — Scholz: Ueber Fortschritte in der Irrenpflege, 83. — Danitsch-Zwjetitsch: Duschewne bolesti u Srbji, 287. — Lange: Die wichtigsten Psychosengruppen, 406. — Dumas: Les états intellectuels dans la mélancholie, 417. — Meschede: Ueber den Entwicklungsgang der Psychiatrie, 421. — Morselli: Manuale di Semejotica delle Malattie mentali, 422. — Séguin: Rapport et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux, 481. — Parish: Ueber die Trugwahrnehmung, 564. — H. Laehr. Die Litteratur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie im 18. Jahrhundert, 560. — Bourneville: Recherches cliniques, 185. — v. Schrenck-Notzing: Ein Beitrag zur Aetiologie der conträren Sexualempfindung, 274. — Penta: I pervertimenti sessuali nell'uomo, 353. — v. Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis, 76.

Degenerationslehre und forensische Psychopathologie.

Dallemagne: Dégénérés et Déséquilibrés, 274. — Ellis: Verbrecher und Verbrechen, 244. — Lombroso: Die Anarchisten, 349. — Ferri: Socialismus und moderne Wissenschaft, 361. — Seydel: Leitfaden der ger. Medicin, 84. — Bornträger: Compendium der gerichtsärztlichen Praxis, 84.

Therapie und Krankenhaus-Wesen.

Apostoli: Travaux d'électrothérapie gynécologique, 81. — Mediger: Ueber die Erscheinungen nach Schilddrüsenfütterung, 289. — Ladame: De l'àssistance et de la législation rélatives aux alcooliques, 352. — Buschan: Die Brown-Séquard'sche Methode, 486. — Frenkel: Die Behandlung der Ataxie der oberen Extremitäten, 489. — Sérieux: L'assistance des alcoholiques, 565.

Berichte über die Journallitteratur.

Anatomie, Physiologie und Psychologie: Nr. 1—4. — Nr. 111—115. — Nr. 155—158. — Nr. 219—222. — Nr. 264—266. — Nr. 322 bis 334. — Nr. 401—404. — Nr. 432—442.

Allgemeine Pathologie und pathol. Anatomie: Nr. 24. — Nr. 223—231. — Nr. 335—349. — Nr. 405, 406. — Nr. 443—461.

Erkrankungen der Muskeln und peripherischen Nerven: Nr. 29—32. — Nr. 124—132. — Nr. 274—280. — Nr. 350—359. — Nr. 407—409. — Nr. 471—476.

Verzeichniss der Mitarbeiter.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

Autoren-Register.

Sach-Register.

A.

B.

C.

P.

Q.

R.

S.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVIII. Jahrgang. 1895 Februar. Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

I.

Ein Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn.*)

Von Dr. G. Aschaffenburg, Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik.

In der allgemeinen Gerichtsordnung für die Preussischen Staaten vom 6. Juli 1793 sind genaue Vorschriften darüber gegeben worden, auf welchen Wegen und in welcher Weise Beschwerden gegen Gerichtsbeschlüsse erhoben werden können. Der jetzt noch gültige § 30 der A. G. O. Th. III Tit. 1 lautet: „Diejenigen Parteien, welche sich der vorgeschriebenen Ordnung nicht unterwerfen, sondern entweder die Collegia und deren Vorgesetzte mit offenbar grundlosen und widerrechtlichen Beschwerden gegen bessere Wissenschaft und Ueberzeugung belästigen, oder, nachdem sie ihres Unrechts gehörig bedeutet worden, mit ihren Klagen dennoch fortfahren und durch wiederholtes ungestümes Suppliciren etwas, so gegen Recht und Ordnung ist, durchzusetzen und zu erzwingen suchen; oder die endlich gar das Justizdepartement, oder Sr. Königlichen Majestät Allerhöchste Person mit falschen und unrichtigen Darstellungen ihrer Angelegenheiten, oder mit unwahren und erdichteten Beschuldigungen und Verunglimpfungen der Collegien und Gerichte zu behelligen sich unterfangen, sollen als muthwillige oder boshafte Querulanten angesehen, ihnen der Process gemacht und über ihre Bestrafung rechtlich erkannt werden.“

Es stellte sich bald heraus, dass unter diesen Querulanten manche geisteskrank waren, ihre Krankheit wurde als Querulantenwahn bezeichnet.

Die weite juristische Fassung des Begriffs der Querulanten hatte die schlimme Consequenz, dass zwei durchaus verschiedenartige Gruppen von Menschen zusammengeworfen wurden, die eine aus pathologischen Individuen bestehend, die andere aus Processern, Rechthabern, Krakehlern.

---

*) Nach einem in der medicinischen Section des naturhistorischen Vereins in Heidelberg am 27. Nov 1894 gehaltenen Vortrage.

Zur Illustration der letzteren Gruppe möchte ich kurz auf einen Fall hinweisen, der im vorigen Jahre zur Begutachtung in der Heidelberger psychiatrischen Klinik war. Es handelte sich um einen 57jährigen Landwirth, der seit mehr als 10 Jahren anhaltend in Processe und Streitigkeiten verwickelt war. Theils unabsichtlich, öfters noch absichtlich übertrat er Polizeiverordnungen und verübte kleinere Ungesetzlichkeiten, wie Feldfrevel, Flurschäden, Ueberackerungen und dergl. In der endlosen Reihe von Strafverfügungen beruhigte er sich fast nie bei dem Straferlass, sondern appellirte. Er liess es nicht an falschen Anschuldigungen fehlen, der Bürgermeister und Polizeidiener waren seine persönlichen Feinde, seine zahlreichen Zeugen sagten vor Gericht anders aus wie vorher, weil man sie nicht vereidigte, es wurde mit zweierlei Maass gemessen, je nachdem er oder ein anderer etwas gethan hatte. Es fehlte aber die eigentlich wahrhafte Ausbildung der Beeinträchtigungsideen, die Systematisirung derselben, die fortschreitende Entwicklung der Krankheitserscheinungen und die Leidenschaftlichkeit des Hasses. Alle Beeinträchtigungsideen, mochten sie auch objectiv noch so wenig begründet sein, knüpften nur an wirklich erlittene Nachtheile an. Man ging gegen ihn, den unverbesserlichen Störenfried, thatsächlich auch mit besonderer Strenge vor. An der Gerechtigkeit der höheren Behörden und der Gerichte zweifelte der Angeklagte nie; er fügte sich, sobald er den rechtlichen Instanzenzug erschöpft hatte, und schritt nicht zu den sonst bei Querulanten üblichen Eingaben an den Landesherrn, an den Landtag, zu Aufrufen in den Blättern, zu Steuerverweigerung und gewaltthätiger Selbsthülfe. Auch persönliche Conflicte mit seinen Gegnern, Schimpfreden und Schmähbriefe fehlten ganz. Ein verhältnissmässig zahmer Racheact, Anschuldigungseingaben, waren die einzige persönliche Reaction gegen die zahlreichen, als böswillig von ihm aufgefassten Anzeigen. Auch diese Anschuldigungen enthielten nur Dinge, die an einen wirklich greifbaren Thatbestand anknüpften. Nicht unwichtig erschien endlich noch, dass der Angeklagte für geisteskrank erklärt zu werden wünschte; als ihm dies auf Grund eines bezirksärztlichen Zeugnisses geglückt war, sprach er sich wiederholt öffentlich dahin aus, „dass er sich freue, der Behörde ein so schönes Schnippchen geschlagen zu haben, er könne jetzt treiben, was er wolle, der Bürgermeister könne ihn nicht mehr strafen“.

Der Betreffende war sicherlich kein normaler Mensch, dafür sprachen auch sonst noch manche Züge, aber ein Querulantenwahn war bei ihm nicht nachzuweisen. Nicht das Queruliren an sich ist schon eine Krankheit, erst die Persönlichkeit macht es dazu. Wie Schüle*) in dem bekannten Hegelmaierprocess in seinem mündlichen Gutachten auseinandersetzt, darf man nicht aus der Zahl der Eingaben nach Art eines Additionsexempels den Querulantenwahn diagnosticiren. Nur allzu leicht wird von berufener und unberufener Seite von Querulantenwahn geredet, sobald Jemand durch anhaltendes und intensives Queruliren auffällt.**)

---

*) Process Hegelmaier vor dem Disciplinarhof für Körperschaftsbeamte. Heilbronn, Druck und Verlag der Buchdruckerei Brock & Feierabend. S. 88.

**) Der Achtung unwürdig. Ein Fall württemb. Disciplinarverfahrens von G. Pfizer, vorm. Landgerichtsrath in Ulm. Stuttgart. Verlag von Robert Lutz 1894. 2. Auflage, S. 66.

Die nicht geisteskranken Querulanten lassen sich — wenn eine leichte Schematisirung gestattet ist — in 2 Gruppen scheiden. Es sind entweder Krakehler, streitlustige Leute, die bei jeder Gelegenheit processiren und bei grosser eigener Empfindlichkeit gegenüber den Handlungen anderer, selbst zu Uebergriffen sehr geneigt sind. Bei ihnen wechselt das Streitobject und die gegnerische Partei häufig. Zu diesen gehört wohl der Oberbürgermeister Hegelmaier aus Heilbronn, ganz sicher der oben erwähnte Fall. Bei der anderen Gruppe handelt es sich um Personen, die, einmal mit Recht oder Unrecht — jedenfalls subjectiv stets mit Unrecht — in ihrer Ehre gekränkt oder sonstwie benachtheiligt, nun mit grösster Verbissenheit nur diese eine Angelegenheit im Auge haben, unbekümmert um materielle Schädigung in erbittertem Kampfe ihr subjectives ideelles Ziel verfolgen, ihre Rehabilitirung, ihr Recht. Wenn aus der Kenntniss des mir bekannt gewordenen Materials ein Urtheil erlaubt ist, so muss Landgerichtsrath Pfizer dahin gerechnet werden, ebenso ein sonst nicht in die Oeffentlichkeit gedrungener Kampf eines Arztes mit einer medicinischen Gesellschaft. Die Schilderung Kleist's lässt ebenfalls keinen Zweifel darüber, dass Michael Kohlhaas in seiner Darstellung zu der skizzirten Gruppe und nicht zum Querulantenwahn gehört, wie ich im Gegensatz zu Krafft-Ebing*) hervorheben muss; das gleiche gilt für Taras Barabola in „Ein Kampf um's Recht" von Karl Emil Franzos.

Ein möglichst sorgfältiges Studium der Akten, ein umfassender Ueberblick über die Entwicklung und Ausbreitung der Erkrankung, eine in keinem Falle zu entbehrende persönliche Beobachtung kann allein zwischen dem so zu sagen physiologisch Querulirenden und dem Geisteskranken die Unterscheidung ermöglichen.

Besonderer Werth wird stets auf die genauen Kenntnisse der vorliegenden Verhältnisse und der Berechtigung des Rechtsstreites gelegt. So fern es mir liegt, die Prüfung dieser sogen. objectiven Vorfrage zu verkennen, so wichtig ist es, sich vor deren Ueberschätzung zu hüten. In einem der Fälle, die ich selbst genauer beobachtet habe, hatte der Angeklagte auf's Energischste bestritten, die Unterschrift eines Schriftstückes gegeben zu haben, in welchem er bei seinen Gegnern für die Schmähungen Abbitte leistete. Die Unterschrift war wirklich gefälscht. Dadurch war die Glaubwürdigkeit der Gegenpartei sehr fraglich geworden, und der Begutachter kam zu dem Resultat, es liege kein Querulantenwahn vor. Trotzdem ergab die weitere Beobachtung die Irrthümlichkeit dieser Auffassung.

Ein anderer hatte sich stets über den Bürgermeister seines Ortes beschwert, den er, im Gegensatz zu dessen vorgesetzten Behörden, die demselben das beste Zeugniss ausstellten, immer als Lump behandelte. Und der Querulant hatte Recht. Wegen mehrfacher Unterschlagungen und Urkundenfälschungen wurde schliesslich der Bürgermeister zu $2^1/_2$ Jahren Zuchthaus verurtheilt. Nun hätte sich der Kranke ja wohl zufrieden geben können, denn seine Klagen gegen den Bürgermeister waren lauter Lappalien

*) Krafft-Ebing: Ueber den sogenannten Querulantenwahnsinn. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 35, Seite 395

gewesen. Er las triumphirend den Verhandlungsbericht vor und schloss: „Nun hab ich ihn noch wegen Meineids“.

Darin liegt ein wichtiger Anhaltspunkt für das Verständniss der Krankheit. Es handelt sich nicht um einen Kampf ums Recht, denn dann müsste das Queruliren aufhören, sobald dem Querulanten sein Recht wird. Der an Querulantenwahn Leidende findet aber den Stoff zu seinen Querulationen nicht in äusseren Momenten, sondern in sich selbst und in seiner Stellung der Aussenwelt gegenüber. Er sieht alles nicht wie es ist, nicht einmal mit den Augen eines in seinem Recht Gekränkten und Verbitterten, sondern in ganz anderer Beleuchtung, in der seines Wahnes.

Aus dieser wahnhaften Beurtheilung heraus, die eine objective Betrachtungsweise von vornherein unmöglich macht, erklärt sich, dass der Kranke jeden ihm ungünstigen Gerichtsbeschluss als von bestochenen Richtern abgefasst, jede ihm ungünstige Zeugenaussage als meineidig ansieht. Ehe noch ein neues Urtheil erfolgt, weiss er schon, wie es lautet. Die handgreiflichsten Beweise seiner falschen Auffassung prallen an der unerschütterlichen Ueberzeugung seiner Unfehlbarkeit ab, ja seine eigenen Unterschriften und Eingaben, die mit im Laufe der Jahre neu hinzugekommenen Wahnideen contrastiren, werden ohne Weiteres als gefälscht bezeichnet; eine plötzlich auftauchende Idee in einer seiner Wahnvorstellung günstigen Richtung ist unumstössliche Wahrheit.

Wir konnten dies unter unseren Augen sehr hübsch entstehen sehen. Den Ausgangspunkt der gerichtlichen Conflicte eines unserer Kranken hatte die Pfändung wegen einer Schuld gebildet, deren Nichtbezahlung er während 15 Jahren in unzähligen Eingaben nie bestritten hatte. Plötzlich kam ihm der Gedanke, seine Mutter habe die Schuld bezahlt, sofort wusste er es ganz bestimmt, es sei ihm nur bis dahin nicht eingefallen. Auf den Einwand, er werde das doch schwerlich beweisen können, meinte er ganz ruhig: „Meine Zeugen sollen mir beschwören, dass es nicht so ist.“

Der Kranke glaubt an seine Zeugen, an seine Akten, und wenn ihm noch so bestimmt nachgewiesen wird, dass in den Akten nichts Beweisendes enthalten ist, dass seine Zeugen das Gegentheil aussagen dessen, was er erwartet, er wird sich immer wieder auf seine Zeugen und Akten berufen. Die ganze Welt zerfällt in 2 Parteien, in eine ihm günstige und in seine Feinde, zu denen Alle gehören, die nicht an ihn und sein Recht glauben. Diese Gegner gruppiren sich aber wieder um eine oder mehrere bestimmte Personen, von denen alle feindlichen Machinationen ausgehen, die bei allem, was gegen ihn geschieht, betheiligt sind.

Immer weitere Kreise zieht der Kranke in den Bereich seines Wahns, immer mehr wird er zum Mittelpunkt eines grossen Systems von Niedertracht, dessen Opfer er ist, über das er aber triumphiren wird. Seine verschobene Stellung der Wirklichkeit gegenüber lässt jede wirkliche oder vermeintliche Schädigung als etwas ganz ungeheuerliches, als „Staatsbetrug“, „Meuchelmord“ erscheinen, während ihm die masslosen Anklagen gegen seine Gegner harmlos und durchaus berechtigt vorkommen. Ein Querulant, der wegen Blutschande mit der Stieftochter in Untersuchung war, schimpfte in seinen Briefen über seine Frau und redete von der „thierischen Liebe und Characterlosigkeit“ derselben; der Bürgermeister, den er sofort denun-

cirt hatte, weil derselbe in seiner Eigenschaft als Posthalter keine Postkarten vorräthig hatte, habe ihn wegen des Sittlichkeitsdelicts nur aus Feindschaft angezeigt.

Diese verschiedene Beurtheilung ihrer eigenen und anderer Leute Vergehen wird durch die Ueberschätzung der eigenen Person in noch grelleres Licht gerückt. Ihr gehobenes Selbstgefühl veranlasst die Kranken auch, auf juristisch gebildete Vertheidiger zu verzichten und selbst ihr „Recht" zu verfechten. Eine genaue Prüfung der vorgebrachten Gesetzesparagraphen, deren Herzählung oft geradezu verblüfft, zeigt aber bald, wie wenig das Citirte verstanden wird. Einen sehr instructiven Fall dieser Art hat Köppen in den Charité-Annalen*) berichtet. Dem Kranken ist sein Rechtsstreit der Angelpunkt seines ganzen Denkens, und er setzt als selbstverständlich bei Jedem das grösste Interesse für seinen Process voraus, der unerhört, welterschütternd ist; die gegen ihn verübten Frevelthaten sind die scheusslichsten der Welt, während er selbst ein harmloser, friedfertiger Mann ist, „ein Ehrenmann, auf den die Gemeinde stolz sein kann". Der Kranke, der diese Phrase von sich brauchte, war derselbe, der das Sittlichkeitsverbrechen und eine Unterschlagung begangen hatte.

Am wichtigsten für die Differentialdiagnose ist aber der weitere Verlauf der Erkrankung. Ich meine damit nicht den Ausgang durch das Alter. Dadurch gerathen die Kranken in einen Zustand von Stumpfheit, in dem sie ihre Querelen noch gewohnheitsmässig herleiern, ihre Eingaben von Zeit zu Zeit wiederholen, aber es fehlt die Elasticität des Geistes, die eine weitere Ausbildung ermöglicht. Das ist das Ende der Erkrankung, aber auf dem Wege dahin wird das Krankheitsbild immer deutlicher, immer mehr spitzt sich Alles auf bestimmte Personen zu, während der Ausgangspunkt des Querulirens ganz bestimmte, fast gesetzmässige Veränderungen erfährt. Die ursprünglichen Thatsachen werden wahnhaft umgestaltet, man beobachtet oft eine geradezu erstaunliche Erweiterung der Verfolgungsideen. Das allmähliche Anwachsen und die Weiterentwicklung konnten wir sehr deutlich in den Akten eines Querulanten verfolgen, der ursprünglich seinen, durch völlig gesetzliche Pfändung eines Ackers entstandenen, Schaden auf 200 Mark schätzte. Nach und nach stieg diese Summe auf 600 Mark jährlich. Aus einem in die Ehe mitgebrachten Vermögen von 2000 fl., das seiner ursprünglichen Angabe nach vor Beginn des Querulirens längst verbraucht war, wurden 10,000 Mark, so dass er schliesslich, das Geld eingeschlossen, das er für „gefühllose Behandlung" (Gefängnisstrafe wegen Diebstahls und dergl.) beanspruchte, 50,000 Mark verlangte.

Es bleibt aber durchaus nicht bei der einfachen Festhaltung der ursprünglichen oder erweiterten Ideen, immer deutlicher traten andere Züge hinzu. Unter 23 Fällen, die ich mir mit 4 selbstbeobachteten aus der Literatur zusammenstellte, wobei natürlich jedes Auswählen vermieden wurde, zeigten sich 6 mal Vergiftungsideen, 4 mal Verfolgungsideen (das Haus sei unterminirt, von Feinden umstellt), einmal physikalischer Verfolgungswahn, 2 mal ausgesprochener Grössenwahn, in 4 Fällen endlich wurden Sinnestäuschungen beobachtet. Durch die Ausbildung der Erkrankung nach dieser

*) Köppen: Ueber Querulantenwahn. Charité-Annalen XIX. Berlin 1894.

Richtung hin zeigt sich noch deutlicher ihre enge Zugehörigkeit zur Paranoia, zu der sie ihrer chronischen Entwicklung, der Systematisirung, des allmählichen Fortschreitens und Umsichgreifens des Wahns und der principiellen Unheilbarkeit wegen gehört.

Wenn ich auf einzelne Symptome wie die stets vorhandene enorme Reizbarkeit, den fast immer beobachteten Schwachsinn, nicht näher einging. so geschah es, weil ich in erster Linie aus dem Entwicklungsgang der Erkrankung heraus zu zeigen versuchte, dass es sich beim Querulantenwahn nicht um ein isolirtes psychisches Symptom handelt, sondern um einen Krankheitsprocess mit typischem Beginn und unabänderlichem Verlauf.

Diese Frage ist keine rein akademische. Bekanntlich hat Wernicke vor 2 Jahren in einem Aufsatze in der Deutschen medicinischen Wochenschrift*) das Bestehen von fixen Ideen, isolirter psychischer Herderkrankungen in Form von überwerthigen Ideen behauptet, d. h. Ideen, die mit einem mehr als normalen Affect begleitet sind. Als typisches Beispiel führt er den Querulantenwahn an.

Nun lautet der § 51 des Str. G. B.: „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter sich zur Zeit der Begehung der That in einem Zustande der Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden hat, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war."

Daraus folgt, wenn wir wirklich das Bestehen einer isolirten psychischen Herderkrankung (einer partiellen intrapsychischen Parafunction nach Wernicke's Nomenclatur) annehmen, dass die freie Willensbestimmung für alles mit dieser fixen Idee nicht logisch Verbundene erhalten sein muss Diese Folgerung ist unabweisbar, und Wernicke hat sie auch wohl gezogen, wenn er sich in dem erwähnten Aufsatz äussert, er müsse zu seiner Schande gestehen, er sei früher manchen vorurtheilslosen und unzweifelhaft richtigen Beobachtungen von Medicinalbeamten entgegengetreten.

Solche Fälle, in denen Querulanten auf Gebieten, die in keiner directen Beziehung zu ihrem Wahnsystem stehen, mit dem Strafgesetz in Conflict kommen, sind gar nicht so selten. Unter meinen 4 Fällen beging der eine das erwähnte Sittlichkeitsverbrechen, ein anderer einen Heudiebstahl.

Nach meinen obigen Ausführungen ist es natürlich, dass unsere Gutachten für die Angeklagten auch in diesen Fällen den Schutz des § 51 verlangten; in dem 1. Fall schloss sich das zuständige Landgericht unserer Auffassung nicht an, während bald darauf bei demselben Kranken das Amtsgericht in einem Unterschlagungsprocess (der keine Beziehung zu dem Queruliren hatte) den Angeklagten wegen seiner Geistesstörung freisprach.

Für die Fälle, in denen das Queruliren nicht nur als Charactereigenschaft, sondern als Theilerscheinung eines bestimmten Krankheitsprocesses, des Querulantenwahns, auftritt, müssen wir die Wernicke'sche Aufstellung der fixen Idee bei sonst intactem Gehirn auf's Entschiedenste zurückweisen.**)

---

*) Wernicke: Ueber fixe Ideen. Deutsche medic. Wochenschr 1892, pg. 581.

**) Ich glaube persönlich, dass auch sonst der klinische Nachweis des Bestehens fixer Ideen durch W.'s Aufsatz nicht gelungen ist, muss mir aber weiteres Eingehen auf die wichtige Frage an dieser Stelle wohl versagen.

Ob nicht mancher der „physiologisch Querulirenden“, die ich Eingangs dieses Aufsatzes zu skizziren versucht habe, im weiteren Verlaufe zum „geisteskranken Querulanten“ werden kann, muss ich dahingestellt sein lassen, obgleich ich die subjective Ansicht habe, dass dies nicht der Fall ist. Es erscheint aber wohl angezeigt, einstweilen vor allzu freigebigem Gebrauch der Diagnose des Querulantenwahns zu warnen. Nur da, wo wir mit Sicherheit das Bestehen eines Verfolgungssystems, Umdeutung der Ereignisse, kurz ein nicht corrigirbares wahnhaftes Element und einen fortschreitenden Process nachweisen können, sind wir zur Diagnose des Querulantenwahns, der Paranoia querulans, berechtigt.

II.

Zur Wärterfrage.

Von Dr. Hugo Hoppe, 3. Arzt der Irrenanstalt Allenberg.

Nach einem Vortrage auf der constituirenden Versammlung des nordostdeutschen psychiatrischen Vereins zu Zoppot am 30. Juli 1894.)

Wenn irgend eine Institution reformirt werden soll, so ist das erste Erforderniss, dass man über die Grundlagen der Reform einig und schlüssig ist Ich habe in meinem Aufsatze: „Die Wärterfrage“ (Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, Dec 92) dargethan, was übrigens eine stillschweigend anerkannte Thatsache war, dass das Irrenwartpersonal im Allgemeinen untauglich und für seine Zwecke ungeeignet ist und da das Wohl und Wehe der Kranken in erster Linie von der Güte des Wartpersonals abhängig ist, einer gründlichen Reform bedarf. Als Grundlage für diese Reform hielt ich 2 Forderungen für unerlässlich, erstens wesentliche Erhöhung der Wärtergehälter, um bessere Volksschichten und gediegenes Material für die Irrenpflege zu gewinnen, und zweitens die Einrichtung von Wärterschulen, um dieses Material für seine Zwecke genügend auszubilden. Ich habe damit durchaus keine neuen Bahnen eingeschlagen, sondern bin nur den Wegen gefolgt, welche die bewährtesten Irrenärzte bisher gegangen sind. Die Forderungen sind so alt wie die Wärterfrage selbst. Während ich so nur die allgemeine Ansicht der Irrenärzte über diese Frage zum Ausdruck zu bringen glaubte und da ich darin noch durch billigende Zuschriften bestärkt wurde, annehmen musste, dass die Grundlagen für die Reorganisation des Wartpersonals festständen, hat R. Sommer-Würzburg in einem Vortrage, den er auf der Jahresversammlung südwestdeutscher Irrenärzte zu Karlsruhe am 12./XI. 93 gehalten hat (Auszug im Centralbl. f Nervenheilk. u. Psych., Dec. 93) dieselben zu erschüttern gesucht, indem er meine Vorschläge, besonders die wesentliche Erhöhung der Wärtergehälter, für verfehlt erklärte*) und als einziges und sicheres Remedium „die permanente Tag und Nacht durchgeführte ärztliche Ueberwachung des Personals“ empfahl.

*) Anm : Meine Opposition richtet sich gegen Collegen Hoppe's Vorschlag, eine andere Bevölkerungsschicht heranzuziehen Gegen Erhöhung der Gehälter ist nichts einzuwenden, aber sie allein hilft nichts. Aerztliche Aufsicht und Beeinflussung in specie Erziehung ist die Hauptsache. Ausführliche Antwort auf vorliegenden Aufsatz am Schluss desselben. Sommer.

Da Einwände dieser Art nur geeignet sind, die Reform der Wärterverhältnisse, welche der Erledigung so dringend bedarf, und Versuche, die bereits unternommen sind, die Wärterfrage im Sinne meiner, wie ich glaube, allein zum Ziele führenden Vorschläge zu lösen, im Keime zu ersticken, so glaubte ich zu der Frage nochmals das Wort ergreifen zu müssen.

Sommer spricht zweifellos aus Erfahrung. Wie aus dem Bericht des Herrn Prof. Rieger: Die neue psychiatrische Klinik der Universität Würzburg (Sep.-Abdr. aus Klin. Jahrb, Bd. V) zu ersehen ist, ist daselbst „in dem männlichen Wachsaal die Einrichtung getroffen, dass ausser den festangestellten Aerzten, von denen auf 4 schwere Kranke mindestens einer kommt (es kommt 1 Arzt auf 8—10 Kranke überhaupt), auch noch ältere Candidaten der Medicin fast immer (wenn nöthig auch Nachts) abwechselnd im Wachsaal anwesend sind, so dass der männliche Wachsaal fast nie ohne ärztliche Präsenz ist.“ Nach den Erfahrungen, welche Sommer über diese Einrichtung gemacht hat, würde die „Wärterfrage“ überhaupt nicht vorhanden sein, wenn eine dauernde Ueberwachung des Personals und der Kranken durch Aerzte sich durchführen liesse. „Practisch aber“, so meint Sommer, „wird es gar nicht nöthig sein, das Wartpersonal dauernd unter ärztliche Aufsicht zu stellen; das Entscheidende sind die ersten Monate der Ausbildung in der Irrenpflege“.

M. H. Dass eine dauernde ärztliche Ueberwachung Unregelmässigkeiten und Ungehörigkeiten beim Wartpersonal zu verhindern im Stande ist, ist gar keine Frage, ebensowenig, dass für die Dauer der Beaufsichtigung ein guter Ton auf der Abtheilung herrschen wird, vorausgesetzt natürlich, dass der betreffende Arzt oder Candidat der Medicin die geeignete Persönlichkeit ist; denn dass es auch recht ungeeignete und unzuverlässige Irrenärzte giebt, diese Erfahrung wird wohl jeder von Ihnen gemacht haben. Ob aber die stete Anwesenheit des Arztes in dem Maasse erzieherisch wirkt, wie Sommer behauptet, ob dieselbe im Stande ist, den Character und die Qualität des Wartpersonals binnen einigen Monaten oder selbst nach längerer Zeit dermaassen günstig zu beeinflussen, dass aus einem im allgemeinen schlechten Material gute und brauchbare Wärter hervorgehen, ob der gute Ton, welchen die Wärter während der Anwesenheit der Aerzte anschlagen, denselben so in Fleisch und Blut übergeht, dass derselbe auch beibehalten wird, wenn die ärztliche Uebewachung aufhört, das ist mir sehr zweifelhaft. Ich glaube zu diesem Zweifel besonders durch eine Auskunft berechtigt zu sein, welche Herr Prof. Pick so gütig war, mir auf eine Anfrage bezüglich der Prager psychiatrischen Klinik zu ertheilen, in welcher das Sommer'sche Postulat in nahezu idealer Weise erfüllt ist. Die aus 2 Zimmern bestehende Wohnung des Abtheilungsarztes ist in der Mitteder durch eine Verbindungsthür getrennten Männer- und Frauenabtheilung so gelegen, dass die Thür des einen Zimmers auf den Männercorridor, die des anderen auf den Frauencorridor hinausgeht, so dass der Arzt eigentlich auf beiden Abtheilungen zugleich wohnt. Prof. Pick äussert sich nun folgendermaassen: „Die mehr als 7jährige Erfahrung berechtigt mich zu dem Ausspruche, dass die möglichst genaue Ueberwachung durch Aerzte in der That zur Fernhaltung vieler Uebelstände dient. Ich habe dies namentlich auch dadurch erprobt, dass diejenigen Aerzte, die behufs Erlangung einer Secundärarztstelle im all-

gemeinen Krankenhause 3 Monate in der Irrenanstalt resp. in der Klinik practiciren müssen, zum Inspectionsdienst bei Abwesenheit der Assistenzärzte herangezogen werden und dass sich bei etwaigem Mangel an solchen Hilfskräften die Verhältnisse schon schwieriger gestalten". Das ist dasjenige, was ich oben behauptet habe. Sobald es an der Ueberwachung für einige Zeit fehlt, sind die alten Schwierigkeiten und Uebelstände wieder da, oder mit anderen Worten: Die Correctheit des Wartpersonals hält nur so lange vor wie die Ueberwachung und schwindet mit dieser, hier vielleicht langsamer, dort schneller.

Ist nun eine ständige ärztliche Ueberwachung der Wärter möglich? Das Beispiel Würzburgs beweist es, und man kann es Sommer a priori zugeben, dass sich die Sache wohl an Universitätskliniken machen lässt, denen nicht nur eine grössere Anzahl von Aerzten, sondern auch eine reichliche Auswahl von Hilfskräften aus den älteren Candidaten der Medicin zu Gebote steht. Aber auch an manchen Universitäten fehlt es, wie andrerseits das Beispiel Prags zeigt, zeitweise an genügenden Hilfskräften. Wo sollen nun die mitten im Lande gelegenen Irrenanstalten das nöthige ärztliche Material hernehmen? Die Anzahl der Aerzte an den Irrenanstalten ist schon für die bisherigen Aufgaben durchaus unzureichend und ihre Vermehrung dringend wünschenswerth. Auch Sommer ist dieser Ansicht. Zur Verdoppelung oder Verdreifachung des Personals aber, welche für die Durchführung des Sommer'schen Postulats nothwendig wäre, wird sich keine Verwaltung je bereit finden lassen. Sommer meint, dass mit der obligatorischen Einführung der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand genügend Hilfskräfte für die Kliniken vorhanden sein werden. Aber für die Irrenanstalten? Nun könnte man ja auch für diese an einen Ausweg denken, welchen auch Sommer im Auge zu haben scheint. Es wird bekanntlich eine neue Studienordnung geplant, wonach die Mediciner vor der Approbation eine einjährige practische Uebungszeit an einem grösseren Krankenhause (oder an einer Irrenanstalt?) durchmachen sollen. Vorläufig ist dies allerdings noch Zukunftsmusik. Aber selbst wenn diese neue Studienordnung eingeführt werden wird, so ist doch klar, dass sich die überwiegende Anzahl der Mediciner zur Absolvirung des Uebungsjahres in die allgemeinen oder chirurgischen und ophthalmologischen Krankenhäuser drängen wird, und ich nur wenige bereit finden werden, in einer Irrenanstalt zu practiciren. Und von den Irrenanstalten würden vorzugsweise oder ausschliesslich die in der Nähe der Universitätsstädte gelegenen in Frage kommen, während die weiter abseits gelegenen leer ausgehen dürften. Uebrigens würde ich die Ueberfluthung der Irrenanstalten mit den verschiedenartigsten Elementen eher für einen Nachtheil als für einen Vortheil halten. Schon jetzt führt manchmal die Institution der Volontärärzte, die heute kommen und morgen gehen und ihrer ephemeren Bedeutung eingedenk sind, zu Uebelständen, welche ich wohl nicht näher anzudeuten brauche. Wie würde es erst mit einer grossen Anzahl von Candidaten werden, die ohne Wahl übernommen und ohne besondere Verantwortung auf den Abtheilungen nicht nur beschäftigt, sondern auch Tag und Nacht stationirt werden sollen? Dass dies auf den Frauenabtheilungen zu schweren Unzuträglichkeiten führen würde, kann keine Frage sein. Derartige Bedenken scheinen in Würzburg

Veranlassung gewesen zu sein, vorläufig die permanente Ueberwachung durch Hilfskräfte auf die Männerabtheilung zu beschränken, obgleich die Leitung der Universitätsklinik die Auswahl unter den ernstesten und eifrigsten Candidaten haben dürfte.

Aber selbst wenn alle diese Bedenken zerstreut werden, wenn sich wirklich ausreichende und geeignete Hilfskräfte den Irrenanstalten zur Verfügung stellen, so sind die Irrenanstalten, wie auch Sommer betont, im allgemeinen gar nicht darauf eingerichtet, die Aerzte so zu placiren, dass sie von ihren Wohnungen aus eine ständige Aufsicht auf der Abtheilung ausüben könnten. Ich wüsste z. B. nicht, wie in Allenberg auch nur auf ein oder zwei Abtheilungen die Aerzte, wenn sie nicht wie die Wärter mit den Kranken wohnen sollen, untergebracht werden sollten. Auch durch kostspielige Umbauten würde dies jetzt nicht mehr möglich sein. Man müsste also die Anstalten umreissen und neu aufbauen, wenn das Sommer'sche Postulat realisirt werden sollte. Beim Neubau von Anstalten allerdings könnte, wie Sommer verlangt, dieser Punkt mehr berücksichtigt werden, damit die Aerzte von ihren Wohnungen aus leicht in der Lage sind, die Abtheilungen wenn auch nicht ständig zu überwachen, so doch häufig zu controliren.

Die strenge Durchführung des Sommer'schen Postulats halte ich nicht nur bei der Mehrzahl der jetzigen Irrenanstalten für ein Ding der Unmöglichkeit, sondern ich bin auch von der Zweckmässigkeit desselben nicht völlig überzeugt, weil ich, wie ich schon betont habe, nicht glaube, dass permanente Ueberwachung im Stande ist, mit der Zeit eine völlige Umwandlung eines von Anfang an ungeeigneten Wärtermaterials hervorzubringen. Prof. Pick hebt speciell hervor, dass auch die günstige Lage der Aerztezimmer nicht verhüten kann, dass sich ein „Räudiger" unter das Wartpersonal mischt, ebensowenig wie dadurch der häufige Wärterwechsel verhütet werden kann.

Das ist der zweite Punkt. Der Wärterwechsel wird bei einem an sich ungeeigneten Material durch die permanente Aufsicht nicht verringert. Meines Erachtens kann die ständige Ueberwachung bei gleichbleibendem Material von der Mehrzahl der Wärter nur als höchst unbequem empfunden werden und desshalb nur den Erfolg haben, den Wärterwechsel zu verstärken. Was sollte die Wärter auch halten? Die Löhne, welche nicht wesentlich höher sind als die ortsüblichen Dienstbotenlöhne, doch gewiss nicht. Es wird wohl der grösste Theil der Wärter nach kurzer Zeit der Irrenklinik Valet sagen. Allerdings wird man zugeben müssen, dass die übrig bleibenden auf diese Weise gleichsam gesichteten Wärter einigermaassen brauchbar und der Erziehung zugänglich sein werden. Der Vortheil aber wird durch den starken Wärterwechsel, welcher die Verhältnisse zu keiner Stabilität kommen lässt, paralysirt.

Meiner Auffassung nach ist aber die permanente ärztliche Ueberwachung nicht nur nicht zweckentsprechend, sondern auch zweckwidrig oder wenigstens unangemessen. Ich glaube, dass es des Irrenarztes nicht würdig und noch weniger seine Pflicht ist, fortwährend den Aufpasser und Beaufsichtiger des Wartpersonals zu spielen. Dazu ist das Oberwartpersonal da. Die Aerzte haben den allgemeinen Ton anzugeben und die Anordnungen zu treffen; dem Oberwartpersonal liegt es ob, dafür zu sorgen,

dass die Intentionen des Arztes verwirklicht und seine Anordnungen richtig ausgeführt werden, wobei die Aerzte nur die Controle auszuüben haben. Allerdings kann ich mir ja nicht verhehlen, dass auch die Qualität des Oberwartpersonals vielfach zu wünschen übrig lässt. Es liegt dies ebenso wie beim Wartpersonal an der viel zu geringen Besoldung. Ausserdem sind auch die Oberwärter zu gering an Zahl, um das Wartpersonal genügend beaufsichtigen zu können (Allenberg hat z. B. nur 2 Oberwärter auf 370 Kranke und 12 Abtheilungen.) Um diesem Uebelstande abzuhelfen, hat Director Hasse in Königslutter, wie derselbe mir mitzutheilen die Güte hatte, vor einigen Jahren eine Einrichtung getroffen, welche entschieden Beachtung verdient. Er hat nämlich, zunächst auf den Frauenabtheilungen, die Stellung von sogenannten Pflegerinnen geschaffen, welche in der Mitte zwischen Wärterinnen und Oberwärterin stehen. Die älteste von diesen Pflegerinnen ist stellvertretende Oberwärterin, während die übrigen vier auf die verschiedenen Stationen vertheilt sind. Sie sind Vorgesetzte der Wärterinnen und von jeder gröberen Arbeit befreit. Sie haben die Aufsicht über die Station bezüglich der Pflege und Behandlung der Kranken zu führen und sind in erster Linie für eine freundliche, liebe- und verständnissvolle Behandlung der Kranken verantwortlich. Sie erhalten neben freier Station 2. Klasse in minimo 300, in maximo 500 Mark jährlich. Wie Director Hasse versichert, fehlt es für diese Stellen, die sich vorzüglich bewährt haben sollen, nicht an Bewerbern aus dem Mittel- und kleinen Beamtenstande; wenigstens ist er bei Besetzung derselben noch nie in Verlegenheit gerathen. Schwieriger würde sich allerdings die Sache gestalten, wenn man für die Männerabtheilung ähnliche Stellungen schaffen wollte. Es würde nicht leicht sein, geeignete Personen dafür zu finden. Darum wäre der Gedanke, auch hier die Stellen mit Frauen (natürlich gesetzten Alters) zu besetzen, wohl der Erwägung werth, zumal die Institution einer solchen „lady patroness“, welche jedenfalls auf den ganzen Ton der Abtheilung günstig einwirken würde, in englischen Anstalten sich gut bewährt haben soll. An österreichischen Anstalten nimmt die Frau des Stationsführers, welche mit demselben auf der Abtheilung wohnt, eine ähnliche Stellung ein, deren günstiger Einfluss mir bei Besuch der Anstalten versichert wurde. Uebrigens hat auch Dir. Sioli in Frankfurt, wie ich von demselben erfahren habe, neben der ersten Oberwärterin vorläufig noch zwei sogen. Oberinnen aus besseren Ständen mit guter Bildung angestellt, die jede eine wichtige Abtheilung unter sich haben. Er will unter Umständen in dieser Beziehung noch weiter vorgehen.

Ich bin mit diesen Ausführungen bereits über den ersten Theil meiner Aufgabe, das Sommer'sche Postulat zu beleuchten, hinaus und dazu übergegangen, positive Massnahmen zur Lösung der Wärterfrage zu besprechen. Uebrigens hat Sommer in einem Schreiben, welches ich jüngst von ihm bekommen habe, seine Forderungen wesentlich eingeschränkt und sich meinem Standpunkt etwas genähert. Er will seine Forderungen jetzt folgendermassen präcisirt wissen: „Wo noch Mängel in Bezug auf das Irrenpflegepersonal bestehen, sind dieselben hauptsächlich durch Vermehrung und Erleichterung der ärztlichen Aufsicht zu beseitigen. Dieses Princip darf jedoch nicht schablonenhaft angewendet werden, sondern jede Anstalts-

leitung soll unter Berücksichtigung der speciellen Verhältnisse der Anstalt (als Klinik, Stadtasyl, Provinzial- und Staatsirrenanstalt) in dieser Richtung vorwärts gehen. Eine schablonenmässige Uebertragung von einer Anstalt auf alle wäre verfehlt. Es handelt sich nur um die principielle Richtung, in der eine Verbesserung anzustreben ist. An den Kliniken wäre nach Einführung der Psychiatrie in das ärztliche Examen eine radicale Durchführung des Princips der ärztlichen Aufsicht denkbar. Jedenfalls soll das Mögliche überall versucht werden." Sommer fügt hinzu: „Ich bemerke noch, dass ich einen relativ guten Lohn beim Irrenpersonal für selbstverständlich halte." (Schluss folgt.)

II. Bibliographie.

II) **J. Dejerine** und Madame **Dejerine-Klumpke**: Anatomie des centres nerveux. I. Band.

(Paris 1895. 816 Seiten mit 401 Abbildungen.)

Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse vom centralen Nervensystem soll in möglichst vollständiger Weise festgestellt und klar gelegt werden. Das ist die Aufgabe, welche sich die Autoren gestellt und die sie in wahrhaft vollendeter Form gelöst haben. Sie waren dabei bestrebt, die Verhältnisse so wiederzugeben, wie sie uns die Natur darbietet; Schemata wollten sie, soweit dies durchführbar war, vermeiden, da solche den Schüler bis zu einem gewissen Grade irreführen können und über die vorhandenen Schwierigkeiten nur hinwegtäuschen. Der pathologischen Anatomie ist, wie in der Mehrzahl der neueren Werke über diesen Gegenstand, besondere Bedeutung beigelegt; es ist ja nur mit Hinzuziehung der pathologisch-anatomischen Methode möglich, Klarheit in die verwickelten Verhältnisse zu bringen.

Der erste, vorliegende Band beschäftigt sich neben einer Darstellung der gebräuchlichen Untersuchungsmethoden, der Embryologie, Histogenese und allgemeinen Histologie nur mit dem Grosshirn; man mag daraus ersehen, mit welcher eingehenden Gründlichkeit das Thema behandelt wird. Der Gang der Darstellung ist derjenige, den auch ich auf Grundlage von didactischen Erfahrungen an meinen Schülern, als den zweckmässigsten gefunden habe. Zuerst werden die morphologischen Verhältnisse des Grosshirns dargestellt, hierauf folgt die topographische Durchsicht des Gehirns an Serienschnitten, makroskopisch und bei schwacher Vergrösserung, woran sich erst die Beschreibung der feineren Structur der Grosshirnrinde schliesst. Es darf wohl vorausgesetzt werden, dass den Grosshirnganglien eine gleich eingehende Würdigung in einem folgenden Bande zu Theil werden wird. — Den Beschluss macht die Darstellung der Faserzüge in der weissen Substanz des Grosshirns.

Die am meisten in die Augen springenden Kapitel sind diejenigen, die sich mit der topographischen und mikroskopischen Durchsicht des Grosshirns beschäftigen. Die Autoren haben vor jeder der 7 Schnittserien an der Abbildung eines ganzen Gehirnes angegeben, wo der Schnitt gelegt wurde.

Mit den Abbildungen, die hier geboten werden, können sich die keines anderen Werkes auch nur annähernd messen, sowohl was Reichhaltigkeit

als auch Naturtreue und Feinheit der Ausführung anlangt; wir haben einen Atlas der feineren Hirnanatomie vor uns, den wir beinahe als ideal bezeichnen möchten. Es gilt dies von den in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten und weiter nicht gefärbten Präparaten, ganz besonders aber von jenen Schnittserien, bei denen die Weigert- oder Pal'sche Hämatoxylinfärbung in Anwendung kam. Sehr instructiv scheinen mir auch jene Schnitte, welche in einer, von den gewöhnlichen Schnittrichtungen abweichenden Ebene geführt wurden, z. B. dem Verlaufe des Tractus opticus entsprechend schief = horizontal. —

Bezüglich der Silberfärbungen befanden sich die Autoren in der gleichen misslichen Lage, wie so viele Andere, die dieses Kapitel bearbeiten. Bei voller Anerkennung und Würdigung der Thatsachen, welche von den Hauptförderern dieser Methode bekannt gemacht wurden und die ja eine vollständige Revolution in unseren Anschauungen über den Aufbau des Nervensystems herbeigeführt haben, mussten die beiden Dejerines fast durchwegs zur Reproduction bekannter Bilder von Ramon y Cajal, Retzius u. s. w. greifen. — Bezüglich der textlichen Darstellung kann gesagt werden, dass dieselbe durchwegs klar und verständlich ist; inhaltlich zeugt der Text nicht blos von einer grossen Kenntniss der internationalen Literatur, sondern lässt auch erkennen, dass den Autoren reiche eigene Erfahrung zu Gebote steht — obwohl jedes Hervortreten subjectiver Färbung möglichst vermieden erscheint; — es soll ja, wie anfangs bemerkt wurde, der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse fixirt und dargestellt werden.

Einem Anfänger würde ich dies Werk zunächst nicht zeigen; ich fürchte, er könnte durch die Reichhaltigkeit des Inhaltes, durch die Grösse des Buches abgeschreckt werden: für denjenigen aber, der schon ein Urtheil über die Bedeutung des Gegenstandes hat, bietet es eine Fülle des Wissenswerthen, ein wichtiges Hülfs- und Auskunftsmittel, dem Lehrer eine nicht genug zu schätzende Unterstützung beim Unterrichte.

Ich möchte das Buch ein monumentales Werk nennen und der Hoffnung Raum geben, dass der zweite Band (vielleicht auch noch ein dritter) recht bald nachfolgen möge. Obersteiner.

III) **H. Schlesinger:** Die Syringomyelie. (Eine Monographie.)
(Wien, Deuticke, 1895. 287 S. 1 Tafel.)

Als Geburtsjahr der Syringomyelie kann man das Jahr 1882 ansehen, als Kahler und Schultze gleichzeitig zeigten, dass es möglich sei, diesen früher mehr als Curiosum angesehenen Rückenmarksbefund auch klinisch zu diagnosticiren. — Seither ist das Kind rasch herangewachsen, Kliniker und pathologische Anatomen haben sich gleich lebhaft dafür interessirt.

Heute können wir sogar sagen, dass es kaum eine Erkrankung des Rückenmarks gebe, deren Symptomenbild besser gekannt ist, als das der Syringomyelie. Dazu musste aber in dem kurzen Zeitraum von 12 Jahren ein tüchtiges Stück Arbeit geleistet werden; die äusserst sorgfältige Zusammenstellung der Literatur in Schlesinger's Werk weist 526 Nummern auf.

Der Autor hat nun einerseits versucht, auf Grundlage dieses literarischen Reichthums den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über die Syringomyelie darzulegen, andrerseits war er aber auch in der angenehmen Lage, über ein eigenes klinisches und anatomisches Material zu

verfügen, wie wohl Niemand vor ihm, und daher durchwegs seine eigenen, wohlfundirten Anschauungen zur Geltung zu bringen, sowie nicht wenige, wesentliche neue Gesichtspunkte zu eröffnen — Es standen ihm circa 50 eigene klinisch untersuchte Fälle (ein grosser Theil davon wird ausführlich mitgetheilt) zur Verfügung, von denen nicht wenige durch die Obduction verificirt wurden; — er konnte nämlich die anatomische Untersuchung von 14 syringomyelischen, bisher noch nicht beschriebenen Rückenmarken vornehmen, wozu noch die histologische Bearbeitung mehrerer bereits publicirter Fälle kommt. —

Wie dies von einer guten Monographie verlangt werden darf, sind alle einzelnen Fragen, welche den behandelten Gegenstand betreffen, eingehend und ausführlich erörtert. Wie weit aber dieses Werk über eine gute compilatorische Arbeit hinausragt; geht schon daraus hervor, dass gerade solchen Seiten besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird, welche bisher nur wenig beachtet worden waren. So lernen wir eigentlich erst durch Schlesinger die grosse Bedeutung der bulbären Symptome, unter diesen wieder besonders der laryngealen Störungen recht kennen, obwohl hierher gehörige Symptome schon wiederholt angeführt worden waren. In 32 genauer untersuchten eigenen Fällen konnte der Autor 16 mal Bulbärsymptome auffinden und im ganz gleichen Verhältnisse war unter 10 anatomischen Beobachtungen die Medulla oblongata 5 mal erkrankt. Von grosser differentialdiagnostischer Wichtigkeit ist der Umstand, dass die Bulbäraffectionen bei Syringomyelie den Typus der Halbseitigkeit zu zeigen pflegen.

Bei der grossen Häufigkeit und ausserordentlichen Mannigfaltigkeit der trophischen Störungen, welche die Haut in der Syringomyelie aufweisen kann, ist es begreiflich, dass diesem Abschnitte besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Verfasser hat sich dabei an das Hebra-Kaposi'sche System gehalten, obwohl sich sehr häufig Affectionen finden, welche verschiedenen Abtheilungen zugewiesen werden können. Auf die Häufigkeit des Zusammentreffens von Syringomyelie mit dem Auftreten von pemphigusartigen Blasen hatte S. schon früher hingewiesen.

Bei dem äusserst wechselvollen Symptomenbilde der Syringomyelie erscheint eine Untertheilung in gewisse Haupttypen nothwendig, innerhalb welcher eine zweckmässige Sonderung nach anatomischen und klinischen Principien möglich ist. Selbstverständlich sind Uebergangsformen zwischen den aufgestellten Typen vorhanden. Seine Eintheilung ist folgende:

I. Syringomyelie mit den classischen Symptomen:
  a) Cervicaltypus,
  b) Dorso-lumbaltypus.
II. Syringomyelie mit vorwiegend motorischen Erscheinungen:
  a) unter dem Bild der amyotrophischen Lateralsclerose;
  b) unter dem Bilde der spastischen Spinalparalyse;
  c) Humero-scapularer Typus.
III. Syringomyelie mit vorwiegend sensiblen Erscheinungen:
  a) hysterische Hemiplegie u. h. Zonen imitirend;
  b) allgemeine Anästhesie.

IV. Syringomyelie mit vorwiegend trophischen Störungen:
a) mit dem Morvan'schen Symptomencomplex,
b) weitere hierher gehörige, seltene Formen.
V. Syringomyelie mit tabischem Typus.

Aus dem Ergebnisse der klinischen Beobachtung kann Schlesinger das Material für das sehr sorgfältig durchgearbeitete Kapitel der Differentialdiagnose gewinnen. Er warnt übrigens davor, die Diagnose einer Syringomyelie zu wagen, wenn nur ein Cardinalsymptom vorhanden ist, ohne durch Erscheinungen geringerer Dignität gestützt zu werden.

Aetiologisch interessant ist es, dass der Beginn der Erkrankung im allgemeinen beim weiblichen Geschlechte ein späterer ist, als beim männlichen.

Als sehr gelungen muss auch der Abschnitt über die pathologische Anatomie bezeichnet werden. Mit welchem Fleisse, mit welcher Ausdauer der Verfasser dabei vorging, kann man schon daraus ermessen, dass etwa 6000 Schnitte (von 17 Fällen) angefertigt und studirt wurden.

Die bisher noch wenig beachteten Veränderungen der Hinterstränge bei Syringomyelie, sowie die bulbären Degenerationen werden einer besonderen Beachtung gewürdigt.

Bezüglich der Pathogenese lässt sich zwar ein abschliessendes Urtheil noch nicht fällen, doch wären folgende Punkte hervorzuheben: Eine partielle Auskleidung der Höhle mit Epithel bei Syringomyelie ist ein viel häufigeres Vorkommniss, als man gemeinhin annimmt; sie fehlt wahrscheinlich nur in einer geringen Anzahl der Fälle, der principielle Unterschied zwischen Hydromyelie und Syringomyelie muss also in Folge dieser Zwischenformen (die das Hauptcontingent aller Fälle darstellen) fallen. Für die Entstehung der Hohlräume hat neben der vom Centralkanalepithel ausgehenden Gliose auch die Erkrankung der Gefässe grosse Bedeutung. –

Uebrigens kann centrale Höhlenbildung auch ohne Gliose und nachfolgende Einschmelzung des gliomatösen Gewebes zu Stande kommen.

Wir haben in der Arbeit Schlesinger's ein Buch von grundlegender Bedeutung vor uns; jede künftige Bearbeitung der Syringomyelie wird von hier ausgehen müssen Durch die nahezu vollständige Bearbeitung des bisher Bekannten, durch die ungewöhnliche Fülle des Selbstbeobachteten und durch die mit voller Objectivität und wohlbedachter Kritik durchgeführte Verwerthung des Gesammtmateriales hat uns der Autor ein — ich möchte sagen harmonisches — Werk dargeboten, in dem nichts übersehen und auch keine Seite mit zu grosser Breite behandelt wurde. —

Eine Reihe von gelungenen Abbildungen theils im Texte (29), theils auf einer lithographischen Tafel vereinigt dient dem im Ganzen sehr hübsch ausgestatteten Werke zur Zierde. Obersteiner.

IV) Dr. **Salomon Eberhard Henschen:** Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns.
(Upsala, Almquist u. Wiksells Buchdruckerei-Actiengesellschaft. 1890, 1892, 1894.)

Ich muss vorausschicken, dass es weit den Rahmen eines Referates überschreiten würde, wollte ich alle die wichtigen klinischen und anatomischen Befunde des ersten Theiles dieser bereits jetzt an 700 Seiten umfassenden verdienstvollen Arbeit auch nur in knappster Form bringen. Es wird noth-

wendig sein, dass ich mich hier auf eine einfache Inhaltsangabe beschränke. Dagegen ist es möglich, die weiteren Abschnitte etwas ausführlicher zu referiren; in denselben werden die vornehmlich im ersten Theil der Arbeit niedergelegten Befunde einer kritischen Untersuchung unterworfen und die Resultate mit denen anderer Forscher verglichen. — 1. Theil; enthält 36 Tafeln und 3 Karten.

I. Ueber die secundären Veränderungen der optischen Bahn in einem Falle von doppelseitiger Bulbusatrophie.

Der hier beschriebene Fall ist geeignet, uns genaue Einsicht in die Veränderungen zu geben, die durch vieljährige Bulbusatrophie in dem ganzen optischen Apparat hervorgerufen werden. Die Sehnerven wie die Sehstreifen waren ganz atrophisch und man konnte genau alle die secundären Veränderungen beobachten, die sich im äusseren Kniehöcker, im Pulvinar, im vorderen Vierhügel, in der Gratiolet'schen Sehstrahlung und im Occipitallappen gebildet hatten. Auch im motorischen Theile des Sehorganes waren atrophische Processe entstanden.

Es folgt die Beschreibung des bezüglichen Falles: Anamnese, Status præsens, Sectionsprotocoll und microscopischer Befund, alles in ausführlicher eingehendster Weise. — Auf gleiche Art ist auch bei der grossen Zahl der folgenden Fälle verfahren.

II. Die Sehbahn bei Einäugigen.

An 8 Fällen werden die Veränderungen studirt, die nach Zerstörung eines Auges oder bei einseitiger Blindheit in Folge anderer pathologischer bulbärer Processe an den optischen Leitungsbahnen eintreten.

III. Veränderungen der Sehbahn durch Läsion des äusseren Kniehöckers.

2 Fälle. Bei dem einen war die Zerstörung des Ganglion vollständig und bestand längere Zeit, bei dem zweiten war sie partiell.

IV. Hemianopsie in Folge gummöser, basaler Meningitis.

Es wird hier ein Fall beschrieben, welcher einen lehrreichen Beitrag zur Kenntniss sowohl des Krankheitsbildes der basalen gummösen Meningitis, wie auch besonders der Hemianopsie liefert.

Diesem Falle schliessen sich folgerichtig 2 Fälle von

V. Chiasmageschwülsten an. Die 3 Fälle bieten einen interessanten Beitrag zu den Gesichtsstörungen in Folge von Neubildung in der Chiasmagegend.

VI. Hemianopsie durch Blutung im Thalamus.

Ein Fall mit typischen Symptomen von Thalamushämorrhagie, nämlich Hemianopsie und Hemiplegie mit Athetose.

VII. Gesichtsstörungen durch bilaterale Veränderungen in der Sehstrahlung.

In dieser Abtheilung sind 3 Fälle zusammengestellt, die sich dadurch characterisiren, dass die pathologischen Processe in der Sehstrahlung doppelseitig auftreten. Im ersten Falle war eine Hemianopsie vorhanden, im zweiten Falle hatten die Malacieen eine schnell vorübergehende Blindheit hervorgerufen und nach dem Tode wurden in den beiden Sehstrahlungen partielle Atrophieen entdeckt. In dem dritten Falle war fast das ganze Mark der Occipitallappen durch carcinomatöse Geschwulstmassen zerstört und die Patientin in Folge dessen erblindet. — Diese Fälle beleuchten die Bedeutung der Sehstrahlung für das Gesicht.

VIII. Hemianopsie in Folge Malacie der Sehstrahlung.

Für die genauere Bestimmung des Verlaufes der optischen Leitungsfasern in der Sehstrahlung sind überhaupt alle die Fälle geeignet, in denen man pathologische Processe in der Sehstrahlung ohne Unterbrechung der optischen Bahn an anderen Stellen — gefunden und zu gleicher Zeit die Ausdehnung des Sehfeldes beim Patienten beobachtet hat. Besonders gut eignen sich Fälle von Hemianopsie zur Feststellung der Sehbahn. In den 2 von H. beschriebenen Fällen war eine Hemianopsie constatirt und bei der Section kamen gut begrenzte Malacieen in der Sehstrahlung zum Vorschein. Die beiden Fälle interessiren besonders auch dadurch, dass sie von anderen wichtigen Symptomen begleitet waren, der erste von Aphasie, der andere von hemiopischer Pupillenreaction.

IX. Zur corticalen Hemianopsie.

Für die Localisation des Sehcentrums sind besonders beschränkte, corticale Malacieen werthvoll. H. führt einen solchen Fall an, wo nur die Rinde verändert war und zwar auf einem recht beschränkten Gebiete, nämlich in der Tiefe der fissura calcarina und ihrer nächsten Umgebung. Bei 2 anderen Fällen war der Process auch auf begrenzte Stellen in der Sehstrahlung eingedrungen. In diesen letzteren Fällen findet man ausser der Hemianopsie unilaterale Sehhallucinationen, die für die Lehre von den Hallucinationen und für die Diagnostik der pathologischen Processe im Occipitallappen von grosser Bedeutung sind.

X. Geschwulstbildungen in der Sehstrahlung ohne Hemianopsie.

3 Fälle, in denen man theils in der Nähe der Sehstrahlung und auf dieselbe übergreifend grössere Geschwülste ohne gleichzeitige Hemianopsie fand. Dadurch gewinnen die 3 Fälle Bedeutung für die Localisation der Sehbahn und des Sehcentrums.

XI. Corticale Veränderungen des Occipitallappens ohne Hemianopsie.

In den beschriebenen 2 Fällen ist der pathologische Process im Occipitallappen sehr beschränkt. In dem einen fand sich eine kleine corticale Malacie an der lateroventralen Kante des Occipitallappens, in dem anderen fanden sich sehr circumscripte Malacieen sowohl im rechten wie im linken Occipitallappen. Beide Fälle, bei denen Hemianopsie nicht vorhanden war, sind Beiträge zur Lösung der wichtigen Frage von der Lage der Sehcentren. —

XII. Die Sehbahn nach Zerstörung in der Sehstrahlung.

Primäre Läsion in der Sehstrahlung, secundäre frontalwärts fortschreitende Degeneration der Sehbahnfasern.

XIII. Beiträge zur Farbenhemianopsie.

3 Fälle, 2 kamen nicht, 1 kam zur Section. In dem einen Falle trat die Farbenhemianopsie wahrscheinlich in Folge herabgesetzter Sehschärfe im hemianopischen Sehfelde auf. In dem 2. Falle ist eine hemianopische Violettblindheit vorhanden, die nach einem von einseitigen Farbenhallucinationen gefolgten Schlaganfalle entstanden war.

XIV. Zur Klinik der Hemianopsie.

Fälle von Hemianopsie gleichzeitig mit Hemiplegie oder Sehhallucinationen. 2 sind vor allem dadurch interessant, dass hemiopische Pupillenreaction nachgewiesen wurde.

II. Theil. Mit 20 Tafeln und 6 Karten.

XV. Abschnitt Ueber die Lagerung der Bündel in den Sehnerven.

a) Das maculäre Bündel.

Auf Grund der vorliegenden Literatur und eigener Beobachtungen kommt H. zu dem Schlusse, dass das maculäre Bündel am meisten nach vorn, wo es lateral im Sehnerven sich befindet, eine Keilform hat, mehr nach hinten wird es halbmond- oder sichelförmig, nähert sich dann allmählig dem Centrum, wird runder, um endlich central zu liegen. Individuelle Verschiedenheiten machen sich geltend, jedoch steht fest, dass nicht der Eintritt der Centralgefässe die Lageveränderung bewirkt.

b) Das ungekreuzte Bündel.

Auch hier sowie in den folgenden Kapiteln finden wir zunächst die einschlägige Literatur, dann eigene Beobachtungen, hierauf das Resumé.

Letzteres besagt folgendes:

1. Das ungekreuzte Bündel ist in seinem vordersten Theile in 2 Fascikel getrennt. Dies Verhältniss ist constant;
2. von diesen Fascikeln liegen constant der eine dorsal, der andere ventral;
3. diese 2 Fascikel sind einander in Grösse ungefähr gleich;
4. sie liegen unmittelbar an der Peripherie;
5. in den vordersten Abschnitten lassen diese 2 Fascikel zwischen sich constant ein breites querliegendes Band, das an der lateralen Peripherie das maculäre, an der medialen das gekreuzte Bündel enthält;
6. So verhält sich der Befund in dem ganzen intraorbitalen von den Centralgefässen durchsetzten Theile.
7. Im gefässlosen Theile der Sehnerven tritt eine wesentliche Veränderung hervor. Hier zieht das maculäre Bündel gewöhnlich mehr centralwärts. Die 2 Fascikel können sich nun an der lateralen Peripherie des Sehnerven mit einander vereinen und bilden von da ab einen zusammenhängenden Strang bis zum Chiasma.

Nicht unwichtige individuelle Abweichungen kommen vor.

c) Das gekreuzte Bündel.

Die gekreuzten Fasern nehmen im hintersten Theile des Opticus die dorso-mediale Hälfte ein.

Ueber die Lage der Bündel im Chiasma.

A) Das maculäre Bündel.

Kurz vor dem Chiasma, wo dieses Bündel die Form eines liegenden Ovales hat und im Centrum des Sehnerven liegt, geht die horizontale Lage in eine schief-diagonale von oben aussen nach innen unten über. Im vorderen Theil des Chiasma liegt dasselbe central und symmetrisch in jeder Hälfte, nähert sich weiter nach hinten allmählig etwas mehr der Mittellinie und verlässt gleichzeitig immer mehr die dorsale Fläche. Die Bündel communiciren dann mit einander durch schmale Brücken. Es schliesst sowohl gekreuzte als ungekreuzte Fasern ein.

B) Das ungekreuzte Bündel.

In folgenden Punkten herrscht Uebereinstimmung:

1. dass dasselbe im Chiasma ein geschlossenes Bündel bildet;
2. dass es im laterodorsalen Umfange nahe der Peripherie liegt.

C) Das gekreuzte Bündel.

Dasselbe liegt in der Regel im hintersten Theil des Sehnerven dorsomedial, im Tractus ventromedial. Hieraus folgt aber, dass dieses Bündel bei seiner Kreuzung durch das Chiasma sich von oben nach unten verschiebt. Jedoch nicht alle Fasern nehmen diesen Verlauf. In der Mittellinie des Chiasma dürfte man nur sich kreuzende Fasern treffen.

Ueber die Lage der Bündel in den Tractus.

Das gekreuzte Bündel nimmt eine ventromediale, das ungekreuzte eine dorsocentrale und das maculäre Bündel eine centrale Lage ein

Wo liegt das Sehcentrum?

H. stellt alle zur Zeit vorhandenen Thatsachen zusammen, welche zur Lösung der Frage nach der Lage des hinteren Abschnittes der Sehbahn und des Sehcentrums überhaupt geeignet sind. Nicht weniger als 170 Fälle werden zu diesem Zwecke angeführt. — Aus dieser Zusammenstellung ging nur das magere Resultat hervor, dass aus den positiven Fällen mit Hemianopsie nicht geschlossen werden kann, welcherlei Functionen den verschiedenen sogenannten subcorticalen optischen Ganglien: dem äusseren Kniehöcker, dem Pulvinar und dem Colliculus anterior Corp. quadrigemini zukommen, dass also die Frage nach dem Verlaufe der Sehfasern in den Centralganglien nicht durch die Hemianopsiefälle gelöst werden kann. — Der Parietallappen gehört nicht zum Sehcentrum. — Das Sehcentrum ist ausschliesslich in der Rinde der Fissura calcarina zu suchen. — Ganz genau sind die Grenzen zur Zeit nicht festzustellen.

Zum Schlusse des II. Theiles folgt noch eine grössere Anzahl von Fällen zur Hemianopsie-Casuistik.

Vom III. Theil des Werkes liegt mir zunächst nur der Abschnitt über hemiopische Pupillenreaction vor.

Zunächst finden wir hier 36 bezügliche Fälle angeführt.

Trotz des Widerspruches hervorragender Autoritäten kann kein Zweifel mehr vorhanden sein, dass in der That eine hemiopische Pupillenreaction vorkommt. Es mag hier eine kurze Uebersicht ihrer local-diagnostischen Bedeutung folgen:

I. Die H. R. (= hemiopische Reaction) tritt nicht auf:
bei Malacieen und Geschwülsten im Occipital-, Parietal- oder Temporallappen.

II a) Wenn eine Geschwulst in die unmittelbare Nähe der frontalen Sehbahn vorgedrungen ist, kann eine undeutliche oder unvollständige H. R. entstehen, selbst wenn die frontale Bahn nicht abgeschnitten ist.

b) Ebenso kann (ausnahmsweise?) eine grössere Geschwulst von der Fossa Sylvii aus auf den Tractus so stark drücken, dass H. R. entsteht, wenn zugleich der intracranielle Druck hochgradig gesteigert ist.

III. Die H. R. entsteht in der Regel bei Läsionen im Tractus, selbst wenn sie sehr klein sind.

IV. Die Läsion des äusseren Kniehöckers scheint nicht die H. R. hervorzurufen.

V. Ob eine H. R. durch eine Affection des inneren Kniehöckers entsteht, ist noch nicht entschieden.
VI. Die H. R. scheint durch die Zerstörung des Pulvinar nicht zu entstehen.
VII. H. R. bleibt bei Zerstörung der hinteren Vierhügel.
VIII. H. R. entsteht bei Affectionen des hinteren Abschnittes des Thalamus und Pulvinars.
IX. H. R. entsteht, jedoch nicht regelmässig, bei Chiasma-Affectionen mit bitemporaler Hemianopsie.
X. H. R. kann nach Fractur in der Nähe des Foramen orbitale mit monoculärer Hemianopsie vorhanden sein.

H. geht nun zur Erörterung der Frage nach dem Verlaufe der centripetalen Pupillenfasern.

Die Pupillenfasern liegen nicht in der occipitalen Sehbahn, sie weichen an einem Punkt vor dem Anfang dieser Bahn nach der Mittellinie ab.

Im Tractus sind die Pupillenfasern erhalten. Die Pupillenfasern weichen nicht schon am Chiasma aus dem Tractus in die Wand des dritten Ventrikels ab, sondern erst später; sie folgen dem Tractus wenigstens bis zum frontalen Rande des Pedunculus cerebri. Die Pupillenfasern treten nicht in den äusseren Kniehöcker ein. Sie weichen wahrscheinlich zwischen dem frontalen Rande des Hirnschenkels und dem äusseren Kniehöcker nach der Mittellinie ab.

Wo enden die Pupillenfasern?

Mit Sicherheit lässt sich diese Frage zur Zeit nicht beantworten. Die Wahrscheinlichkeit spricht für den Colliculus anterior.

Im Chiasma findet Partialkreuzung der Pupillenfasern statt; über die Lage im Tractus fehlt zur Zeit jede Auskunft. Bach.

V) **R. v. Krafft-Ebing**: Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. (Neunte verbesserte und theilweise vermehrte Auflage.)

(Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1894. 414 Seiten. 10 Mark.)

1886 erschien die erste Auflage der sex. Psychopathologie, 117 Seiten stark, mit 47 kurzen Krankengeschichtsauszügen. Das Buch wandte sich an die Adresse von Männern ernster Forschung auf dem Gebiet der Naturwissenschaft und Jurisprudenz. Heute liegt ein dicker Band von 414 Seiten vor uns, die 9. Auflage mit 191 Beobachtungen, die ganz detaillirt wiedergegeben, bis 10 Druckseiten umfassen. Der unerwartet grosse buchhändlerische Erfolg ist wohl der beste Beweis dafür, schreibt der Verfasser in seinem Vorwort, dass es unzählige Unglückliche giebt, die in dem Buch Aufklärung und Trost hinsichtlich räthselhafter Erscheinungen ihrer vita sexualis suchen und finden. Etwas Tröstendes enthält allerdings eigentlich nur der Hinweis auf eine Heilungsmöglichkeit durch die Hypnose. Der Trost aber, den das Bewusstsein, socios habuisse malorum, mit sich bringt, ist nicht gerade gross. Dagegen irrt sich der Verfasser sehr über die Kreise, in denen sein Buch verbreitet ist. Es ist zweifellos eine beliebte Lectüre in den Händen junger Juristen, in den Berliner Buchhandlungen liegt es ausgestellt zwischen Mantegazza's Physiologie der Liebe und den Werken von Heinz Tovote, auch als Reiselectüre junger — nicht sexual-

psychopathischer — Geschäftsreisender begegnete es mir. Von Seiten eines Psychiaters höre ich sogar, dass das Buch in den Restaurants einer deutschen Grossstadt colportirt wurde.

Das Uebertragen allzu verfänglicher Stellen in's Lateinische scheint also doch nicht genügenden Schutz gegen die Neugier Unberufener zu bieten. — Das beweist die Zahl der Auflagen. Dagegen hilft nur die völlige Unterdrückung der Details, die nur in solchen Fachschriften erfolgen dürfte, die dem grossen Publikum nicht zugängig sind. So wichtig ja zweifellos auch dieses Kapitel der Psychopathologie ist, so weckt der Umfang der Arbeit und der verwendete Fleiss das Bedauern, dass nicht auch andere Kapitel der geistigen Störungen und Abnormitäten ein gleiches Interesse geweckt haben, wie dieses. G. Aschaffenburg (Heidelberg).

VI) **S. Federn** (Wien): Blutdruck und Darmatonie. Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie vornehmlich der Neurasthenie und Circulationsstörungen.

(Leipzig und Wien. Fr. Deuticke 1894, 93 S.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die physikalischen und physiologischen Bedingungen des Blutdruckes, Blutdrucksbestimmungen am Lebenden und die Ursachen der Blutdrucksteigerung geht der Autor zu dem eigentlichen Gegenstande seiner Abhandlung, dem erhöhten Blutdrucke, welcher auf erhöhtem Widerstand im Gefässsystem beruht, über. Der abnorm erhöhte Mitteldruck lässt sich präcis nur durch Untersuchung mit dem Sphygmomanometer erkennen. Die Diagnose, dass der erhöhte Druck auf verstärktem Widerstand im Gefässsystem beruht, können wir nach F. stellen, wenn keine verstärkte Herzaction nachweisbar oder wenn diese nachweisbar, der Puls aber klein und cardiales Asthma vorhanden ist. Was die Symptome des durch vermehrten Widerstand im Gefässsystem bedingten erhöhten Blutdruckes anbelangt, so werden vorübergehende Blutdrucksteigerungen, selbst wenn sie bedeutend sind, nach F. von einem gesunden Menschen in der Regel nicht als Störung empfunden; ein gesunder kräftiger Mensch kann sogar bedeutende Erhöhungen des Mitteldruckes lange Zeit ertragen, ohne sich desshalb leidend zu fühlen. Die ersten Symptome, welche bei gesunden jungen Individuen bei erhöhtem Blutdruck aufzutreten pflegen, sind Kopfschmerzen, verminderte Arbeitsfähigkeit, Schlafstörung und eine gewisse Gedrücktheit; bei älteren gesunden Leuten können dieselben Symptome sich einstellen, öfters kommt es jedoch zu Druckgefühlen und Schwere im Kopfe, Schwindel, Congestionsempfindungen im Kopf beim Bücken oder auch leichten asthmatischen Beschwerden. Bei bereits erkrankten Personen wird durch den erhöhten Blutdruck, wenn es sich um ein organisches Leiden handelt, dieses verschlimmert oder auffallend hartnäckig, wenn ein allgemeines Leiden vorliegt, das ganze Krankheitsbild verändert. Vorübergehende Blutdruckerhöhungen werden von den verschiedensten Organen aus, wo sensible Nerven in Mitleidenschaft gezogen werden, ausgelöst. Andauernde Blutdruckerhöhungen werden am häufigsten vom Darme aus hervorgerufen und zwar ist in dieser Richtung ganz besonders der von F. als partielle Darmatonie bezeichnete Zustand wirksam, bei welchem ein Theil des Dickdarmes nicht im Stande ist, seinen Inhalt vollständig

zu entleeren. F. stellt sich vor, dass der Inhalt fester an der Darmwand haftet und diese sich vielleicht um jenen zusammenzieht. „Die partielle Darmatonie bewirkt unter gewissen Umständen eine Reizung des Splanchnicus, eine Erhöhung des Widerstandes im Gefässsysteme, implicite eine Erhöhung des Blutdruckes und der erhöhte Blutdruck vermittelt die anderen Störungen im Organismus. Es ist leicht begreiflich, dass diese Störungen am leichtesten in jenen Organen hervorgerufen werden, welche entweder durch Anlage oder durch eine Schädlichkeit weniger widerstandsfähig sind.“ Nur ein sehr widerstandsfähiger Mensch kann die partielle Darmatonie längere Zeit ohne Reaction ertragen; wird jedoch sein Nervensystem durch Schädlichkeiten weniger widerstandsfähig, so reagirt das vasomotorische Centrum auf den vom Darm ausgehenden Reiz; der Blutdruck steigt und früher oder später stellen sich Störungen in entfernteren Organen ein oder schon vorhandene Störungen werden heftiger oder hartnäckiger. Das gleiche gilt für den von Haus aus schwächlichen Organismus. Um eine vorhandene partielle Darmatonie zu eruiren, muss man den Darm nach einer bestimmten, von F. angegebenen Methode percutiren, bezüglich deren wir auf die Schrift verweisen.

Die partielle Darmatonie ist bei entsprechender Ausdauer der Behandlung heilbar, neigt jedoch sehr zu Recidiven. Die von F. geübte Behandlung besteht in acuten Fällen in Abführmitteln, welche bis zum Schwinden der Dämpfung gegeben werden, bei chronischen in Massage und Darmfaradisation. Von den einzelnen Erkrankungen, für welche F. die Bedeutung der Darmatonie und des erhöhten Blutdruckes des Näheren erörtert, Neurasthenie, Herzinsufficienz, Blutungen und Hämorrhoiden, wollen wir hier nur erstere berücksichtigen.

F. ist mit der Lehre von der Neurasthenie sehr unzufrieden; er hält dieselbe für schädlich, „weil sie das Studium und die Erkennung der functionellen Nervenkrankheiten in eine falsche Richtung gebracht hat. Man hat den Ausgang der krankhaften Störung, die Neurasthenie, gewissermassen zur Basis gemacht, austatt ihrer Entwicklung in den intermediären Störungen, welche zur Neurasthenie führen, nachzugehen.“ Es muss — meint der Autor — unsere Aufgabe sein, diese Störungen, die bei entwickelter Neurasthenie gewiss noch nicht aufgehört haben, zu erkennen und zu behandeln statt alle Symptome einfach als neurasthenische in einen Topf zu werfen und in der Behandlung der Neurasthenie als solcher unsere wesentliche Aufgabe zu sehen. Wer derartige Vorwürfe erhebt, von dem sollte man glauben, dass er mit dem derzeitigen Stande der Lehre von der Neurasthenie genügend bekannt ist. Allein davon ist bei F. keine Rede. Seine Literaturkenntniss geht nicht über Beard und Arndt hinaus. Dieser Umstand erklärt sein abfälliges Urtheil zur Genüge. Wer einen Blick in die neueren Werke über Neurasthenie (Bouveret, Levillain, Müller) oder des Ref. Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie wirft, dem kann nicht entgehen, dass man bisher keineswegs unterlassen hat, den intermediären Störungen, welche zur Neurasthenie führen, nachzuspüren, und dass die betreffenden Forschungen auch eine Reihe wichtiger Thatsachen zu Tage gefördert haben. Ref. hat auch schon vor Jahren betont, von welcher Wichtigkeit eingehendste Berücksichtigung der Aetiologie für die Behand-

lung der Neurasthenie ist und dies auch in der oben erwähnten Arbeit wieder hervorgehoben. F. befindet sich daher in einem erheblichen Irrthum, wenn er glaubt, dass es seinem Scharfsinne vorbehalten war, die Bedeutung der intermediären Störungen für die Behandlung der Neurasthenie zu erkennen; noch erheblicher und zugleich noch weniger entschuldbar ist der Irrthum, zu welchem er sich bezüglich der Aetiologie der Neurasthenie bekennt. Unter den Störungen, welche nach seinen Beobachtungen die Neurasthenie vorbereiten, ist der erhöhte Blutdruck in Folge vermehrten Widerstandes im Gefässsystem die häufigste, und da dieser hinwiederum am häufigsten durch partielle Darmatonie bedingt ist, so bilden Darmstörungen zumeist den Ausgangspunkt des neurasthenischen Zustandes (resp. der functionellen Nervenleiden). Wir sehen mit dieser Auffassung F. in denselben Fehler verfallen, wie vor nicht sehr langer Zeit Glenard und Bouchard. Die Rolle, welche ersterer der Enteroptose, letzterer der Magenerweiterung der Neurasthenie gegenüber zuschrieb, wird von F. der partiellen Darmatonie zuerkannt. Aus der entschiedenen und allseitigen Zurückweisung, welche die Behauptungen Glenard's und Bouchard's erfahren haben, hätte F. lernen können, dass man mit der Bekanntgabe ähnlicher Entdeckungen betreffs der Aetiologie der Neurasthenie etwas zurückhaltender sein dürfte.

Vorerst können wir F. lediglich das Verdienst zuschreiben, auf den erhöhten Blutdruck in Folge erhöhten Widerstandes im Gefässsystem als einen Factor hingewiesen zu haben, welcher möglicher Weise in manchen Fällen für die Entstehung der Neurasthenie von Belang ist. Ob sich die in Frage stehende Blutdruckerhöhung häufiger bei Neurasthenie findet und ob auch abnorm niedriger Blutdruck bei dieser Krankheit öfters vorkommt (F. beobachtete solchen in 2 Fällen), können erst an einem grösseren Materiale vorgenommene Untersuchungen lehren. Ebenso harrt noch der Aufklärung, welche Ursachen, abgesehen von der partiellen Darmatonie F.'s, die in Frage stehenden Blutdrucksanomalien herbeiführen und in welcher Weise diese das Nervensystem beeinflussen. Die Angaben, welche F. über letzteren Punkt macht, lauten zum Theil sehr vag. Er meint, dass das Gehirn direct von dem höheren Blutdruck in schädlicher Weise afficirt wird und dasselbe in Folge der Einwirkung des erhöhten Druckes auf die peripheren Nerven mehr leisten müsse als unter normalen Verhältnissen. Ausserdem glaubt er noch, dass der erhöhte Blutdruck Veränderungen des Stoffwechsels herbeiführt, welche nicht ohne Einfluss auf das Nervensystem bleiben können. Darüber, dass der als partielle Darmatonie von F. bezeichnete Zustand nicht die ätiologische Bedeutung besitzt, welche demselben von F. zugeschrieben wird, kann nach den derzeit vorliegenden Erfahrungen kein Zweifel bestehen.

Wir wollen hier nur darauf hinweisen, dass Vigouroux durch sehr eingehende Urinuntersuchungen zu der Anschauung gelangt ist, dass die gichtische oder harnsaure Diathese (Arthritisme) der Neurasthenie constant zu Grunde liegt. Wenn Vigouroux nach des Referenten Ansicht durch seine an sich sehr werthvollen Harnbefunde sich zu weitgehenden Schlüssen verleiten liess, so gilt dies noch viel mehr für F, dem das Krankenmaterial Vigouroux's schwerlich zur Verfügung stand, hinsichtlich der Darmstörungen. **L. Löwenfeld.**

VII) **G. Buschan**: Die Basedow'sche Krankheit. Eine Monographie. Von der Berliner Hufeland-Gesellschaft preisgekrönte Arbeit.

(Leipzig. Franz Deuticke. 1894.)

Die vorliegende Monographie über die Basedow'sche Krankheit verdankt ihre Entstehung der Bewerbung um den Alvarenga-Preis. Sie wurde von der Hufeland-Gesellschaft zu Berlin mit dem Preise gekrönt. Der Verfasser, der bekannte Mitarbeiter dieses Centralblattes, verfügt über 6 eigene Fälle von M. Basedowii und hat die einschlägige Literatur auf das Fleissigste benutzt. Es ist leider nicht möglich, an dieser Stelle eine Inhaltsangabe des 181 Seiten starken Buches zu geben. Dazu eignet sich der Stoff nicht. Ebenfalls ist es wohl nicht nöthig, hier nochmals eine Monographie zu empfehlen, die von der Hufeland-Gesellschaft ausgezeichnet wurde. Es wird sie Jeder sicherlich in die Hand nehmen, der sich mit dem Morbus Basedowii beschäftigt. Doch sei mir gestattet, hier in möglichster Kürze des Verfassers Erklärungsversuch über diese Krankheit, welchen er nach eingehender Kritik der bisherigen Theorieen aufstellt, mitzutheilen. B. sagt, der M. Basedowii ist ein Gehirnleiden. Die Kranken weisen meist eine neuropathische Belastung auf; in der Familie sind Geisteskrankheiten oder Neurosen, beziehungsweise nervöse Zustände vorhanden; ferner Herzleiden, constitutionelle Krankheiten wie Tuberculose, Krebs, Diabetes etc., oder es sind mehrere Familienmitglieder vom M Basedowii befallen. Als Gelegenheitsursachen (auslösendes Moment), die den M. B. hervorrufen, stellen die psychischen Emotionen das Hauptcontingent und zwar nicht bloss plötzliche heftige Gemüthserregungen, sondern auch anhaltende niederschlagende Gemüthseindrücke, ferner ungewohnte körperliche Anstrengungen. B. hält den Morb. Basedowii für eine allgemeine Neurose mit Vorherrschen der psychischen und vasomotorischen Sphäre. Neben diesem genuinen M. B. kommt noch ein symptomatischer oder Pseudo-M. B. vor, welcher durch periphere Alteration des Vagus und Sympathicus hervorgerufen werden kann. Der Symptomencomplex des symptomatischen M. B. gleicht im Grossen und Ganzen dem des genuinen, unterscheidet sich von ihm aber durch den Mangel an Vielseitigkeit der Krankheitserscheinungen. Auch organische Gehirnkrankheiten können einen M. B. vortäuschen. Die Prognose des M. B. ist nach B. im Allgemeinen günstig. Die Therapie ist „im Stande, alle Erscheinungen, im Besondern die den Kranken in hohem Grade belästigenden nervösen Symptome zu beseitigen; nur Kropf und Exophthalmus können eine Ausnahme machen, wenn sie bei schon länger bestehender Krankheit auf organischen Veränderungen (Hyperplasien) beruhen." In der Therapie, die vor allem eine Allgemeinbehandlung sein muss, empfiehlt B. mit vollem Recht die Electricität und wendet die allgemeine Faradisation mit der Galvanisation combinirt an. Wie? — muss im Original nachgelesen werden, das nochmals zum Studium empfohlen sei.

Wichmann.

VIII) **R. Harry Vincent**: Die Elemente des Hypnotismus; Herbeiführung der Hypnose, ihre Erscheinungen, ihre Gefahren und ihr Nutzen. Aus dem Englischen von Dr. med. R. Teuscher Autorisirte deutsche Ausgabe. Mit 20 Illustrationen

(Jena, H. Costenoble, 1894.)

V.'s Absicht war, eine zugleich populäre und wissenschaftliche Abhandlung über den Hypnotismus zu liefern und man kann sagen, dass ihm dies auch gelungen ist. Der Autor bespricht in durchaus sachlicher und dabei leichtverständlicher Darstellung das Geschichtliche des Hypnotismus, die verschiedenen Hypnotisirungsmethoden, die Erscheinungen der Hypnose, die Gefahren und den medicinischen Werth derselben, im Schlusskapitel auch die Hypnose bei Thieren. Am eingehendsten ist der historische Theil des Gegenstandes behandelt (82 S.) In seiner Auffassung der hypnotischen Phänomene schliesst sich V. im Wesentlichen der Schule von Nancy an und seine Ansichten betreffs mancher strittiger Punkte (Gefahren der Hypnose, criminelle Suggestion etc.) zeigen von einer sehr unbefangenen Kritik. Am schwächsten ist, wie nahe liegt, das Kapitel, welches dem „Werthe des Hypnotismus" gewidmet ist. Der Verfasser ist als Nichtarzt hier nicht in der Lage, eigene therapeutische Erfahrungen anzuführen; er muss sich darauf beschränken, die von verschiedenen Autoren mitgetheilten therapeutischen Resultate aufzuzählen, wobei es an der nöthigen Kritik mangelt. Trotzdem glaubt Ref., dass die Schrift sich auch für den Mediciner zur Einführung in das Gebiet des Hypnotismus sehr wohl eignet.

L. Löwenfeld.

IX) **G. Apostoli**: Travaux d'électrothérapie gynécologique. Archives semestrielles d'électrothérapie gynécologique.

(Paris. Société d'éditions scientifiques 1894.)

Der vorliegende Band enthält die Publicationen einer grossen Reihe nicht französischer (englischer, amerikanischer, russischer, belgischer etc.) Autoren über gynäkologische Electrotherapie. Dass diese Zusammenstellung das Interesse der Gynäkologen in hohem Maasse beansprucht, unterliegt keinem Zweifel. Der Neuropathologe kann sich nur freuen, dass die Electrotherapie in der gynäkologischen Praxis dem Messer bereits ein ansehnliches Terrain entzogen hat. L. Löwenfeld.

X) Dr. **Alfred Hegar**: Der Geschlechtstrieb. Eine social-medicinische Studie.

(Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1894, 154 Seiten.)

Der bekannte Freiburger Gynäkologe hat in diesem im besten Sinne populären Buch den Versuch gemacht, die von Bebel in seinem Buche „Die Frau und der Socialismus" vertretene Lehre von dem Recht und der Pflicht zur Befriedigung des Geschlechtstriebes zu widerlegen.

Er weist an der Hand zahlreicher Statistiken und Erfahrungen nach, dass ein erheblicher Einfluss der Enthaltsamkeit auf Sterblichkeit und Lebensdauer nicht besteht. Das Ueberwiegen der Selbstmorde in den Jahren 20—25 und bei Ledigen wird fälschlich dem unterdrückten Sexualtrieb zugeschrieben. Abgesehen davon, dass Ledigsein und Enthaltsamkeit oft durchaus nicht zusammenfallen, ergeben genauere Statistiken, dass auf Leidenschaften, heftigen Zorn, Verzweiflung oder Geiz und unglückliche

Liebe zusammen nur 2,9 % der Selbstmorde bei Männern und 5,9 % bei Frauen fallen.

Ein günstiger Einfluss der Ehe (nicht des Geschlechtsgenusses) auf die Entstehung von Geistesstörungen ist wohl denkbar, doch darf nicht vergessen werden, dass viele wegen schon bestehender geistiger Störung nicht heirathen und dass der aussereheliche Geschlechtsverkehr die grosse Gefahr der Syphilis mit sich bringt. Der ethische Einfluss, der durch die Ehe und die eigene Häuslichheit hervorgerufen wird, mag auch seine Rolle spielen. Dasselbe gilt für die grössere Zahl der Verbrechen bei nicht Verheiratheten

Auf Morbidität und Sterblichkeit wirkt der Geschlechtsverkehr entschieden ungünstig. Vor allem setzen die häufigen Geburten die Frauen der grösseren Gefahr der Unterleibserkrankungen aus, dazu kommt noch die relativ grosse Lebensgefahr bei Geburten, so dass z. B. von 1000 Frauen, die 16mal rechtzeitig oder vorzeitig niederkommen, fast der 10. Theil daran zu Grunde geht. Ein günstiger Einfluss der Copulation auf die Bleichsucht besteht durchaus nicht. Bei dem ausserehelichen Geschlechtsverkehr kommt die Möglichkeit der Ansteckung mit Lues und Gonorrhoe und deren Nachkrankheiten in Betracht.

Der Einfluss des Alters und der Constitution der Eltern, der Zahl der Kinder, der Beschäftigung, des Aufenthalts in Städten und Ländern wird ausführlich besprochen, wobei H. zu dem Schluss kommt, dass besser als alle Versuche, durch gesetzliche Bestimmungen die in verkehrter Auslese bei der Eheschliessung liegenden Gefahren paralysiren zu wollen, die Verbreitung von Aufklärung und von Kenntnissen über die feststehenden Thatsachen wirken.

Aus dem verarbeiteten Material konnte nur ein kleiner Bruchtheil im Referat wiedergegeben werden, zumal das Buch sich weniger an den Arzt als an den Laien wendet; der Versuch, die Bebel'sche Forderung, „keinem natürlichen Triebe seine Befriedigung zu versagen“, ad absurdum zu führen, muss aber als durchaus geglückt betrachtet werden.

G. Aschaffenburg (Heidelberg).

XI) **E. Luther** (Magdeburg): Ueber die Gonorrhoe beim Weibe. Sammlung klinischer Vorträge N. F. 82/83.

Aus dieser Arbeit wird den Neurologen und Psychiater folgender Passus interessiren:

„Ein Wort noch über die Hysterie als eine gewiss unendlich oft vorkommende Folgeerscheinung der gonorrhoischen Infection, des Mannes sowohl wie der Frau. Dieser causale Zusammenhang soll nicht dahin führen, die Hysterie als ebenso unheilbar oder schwer heilbar wie die Gonorrhoe anzusehen und den Hysterischen nur mit Mitleid anstatt mit der nöthigen Strenge entgegenzutreten. Als fast specifisch gonorrhoisch ist vielleicht Hysterie zusammen mit Sterilität anzusehen“.

Jeder Zusatz zu solchen unglaublichen Ansichten würde ihre Wirkung schwächen. G. Aschaffenburg.

XII) Dr. **Gehrmann**: Körper, Gehirn, Seele, Gott.

(Berlin, Verlag von Dames, Kochstrasse 3. Preis 48 Mark.)

Vorwort pg. VII. „In diesem Werke wird u. A. ein Fall geschildert werden, in dem eine Wahnsinnige sich einbildete, die Kaiserin Editha, Gemahlin des Königs Otto zu sein. eine Form von Grössenwahn aller schwerster Sorte. Diese ist in der Besserung bereits so weit vorgeschritten, dass vollständige Genesung mit Recht erhofft werden kann".

- - -

XIII) **Friedrich Scholz**: Vorträge über Irrenpflege. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage.

(Bremen. Verlag und Druck von M. Heinsius Nachfl. 1895. 136 Seiten.)

Die Schrift ist vom Verf. für Pfleger und Pflegerinnen, sowie für Gebildete jeden Standes bestimmt. Sie zerfällt in 15 einzelne Vorträge, die sich mit Wesen und Ursachen des Irreseins, mit der Darlegung der elementaren Irreseinsformen, sowie mit der allgemeinen und speciellen Irrenpflege beschäftigen. Die Nothwendigkeit einer zweiten Auflage beweist, dass das Buch einen grösseren Leserkreis gefunden hat und somit gewiss in dankenswerther Weise dazu beitragen wird, die noch so vielfach existirenden falschen Ansichten über Geisteskrankheit und deren Behandlung aus der Welt zu schaffen. Boedeker (Lichtenberg-Berlin).

- - -

XIV) **Friedrich Scholz**: Ueber Fortschritte in der Irrenpflege.

[Verlag von Ferd. Frdr Mayer (Einhorn & Jaeger) Leipzig, 1894. 63 Seiten]

Verf. giebt einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Irrenpflege unter Hervorhebung derjenigen modernen Gesichtspunkte, wie sie jetzt Gemeingut aller Irrenärzte sind bezw. sein sollten. In dieser Beziehung ist die Schrift gewiss dankenswerth und für Aerzte und Publikum (sie ist in populärwissenschaftlichem Stile gehalten), gleich willkommen. Verf. nimmt bei seinen Darlegungen vielfach Bezug auf die seit vielen Jahren unter seiner Leitung stehende und zweifellos in nachahmenswürdiger Weise eingerichtete psychiatrische Abtheilung in Bremen (174 Betten) als Musteranstalt. Unter den Anforderungen, die Verf. an eine Anstalt stellt und denen er in Bremen zum grössten Theile zu genügen vermocht hat, stehen obenan die gänzliche Beseitigung der Isolirzellen und Tobabtheilungen, sowie Hebung des Pflegedienstes. Zu letzterem Zweck schlägt Verf. event. Bildung von Berufsgenossenschaften vor. Ob der Autor nicht geneigt ist, in zu weitgehendem Maasse seine Forderungen von den doch relativ kleinen Bremer Verhältnissen auf grössere und grösste Anstaltsverhältnisse zu übertragen, wird sich zeigen müssen. Sch. will Zellen ausschliesslich für „gewaltthätige Verbrecher (so lange diese unsere Anstalten belasten)" gelten lassen; es giebt aber doch auch Kranke, die, ohne Verbrecher zu sein, bezüglich ihres gemeingefährlichen und gewaltthätigen Verhaltens dasselbe klinische Bild bieten wie jene und bei deren Behandlung dann doch wohl eine Zelle ebenso wenig ganz entbehrt werden könnte. Auch wird wohl nicht in Abrede gestellt werden können, dass man z. B. gelegentlich ausser Stande ist, kräftige auf der Höhe des Alcoholdeliriums befindliche Kranke anders als durch zeitweise Isolirung zu behandeln, man müsste denn eine Anzahl von Wärtern an das Bett stellen, um den Kranken zu halten, wobei

letzterer (auch ohne Schuld der Wärter) sicherlich mehr blaue Flecke davontragen würde, als in der Isolirzelle. Dass bei sachgemässer Isolirung der Verlauf des Deliriums irgendwie ungünstig beeinflusst wäre, ist meines Wissens nicht nachgewiesen. Was man aber thun sollte, wenn zwei oder noch mehr derartige Kranke gleichzeitig auf der Station sich befinden (wie es in Berliner Anstalten oft genug vorkommt), bleibt vollends unerfindlich. Verf. ist wohl nicht ganz orientirt, wenn er meint, das Pflegesystem bestehe nur in Bremen und Ilten', in Berlin besteht es bereits seit einer Reihe von Jahren in ausgedehnter und alljährlich sich mehr ausdehnender Weise. Boedeker.

XV) **K. J. Seydel**: Leitfaden der gerichtlichen Medicin für Studirende und Aerzte.

(Berlin 1895. Verlag von S. Karger 296 S. Preis gebunden Mark 7.)

Das Buch soll sowohl dem Studirenden wie dem mit gerichtlicher Medicin practisch beschäftigten Arzte als Leitfaden dienen. Bei der Ausarbeitung hat Verf. sich zum Theil an das grössere bekannte Werk v Hoffmann's angelehnt, zum grossen Theil aber auch auf eigener langjähriger Erfahrung fussen können. Einige Kapitel sind besonders eingehend behandelt worden mit Rücksicht auf die erfahrungsgemäss für den practischen Arzt bestehende Schwierigkeit der Beurtheilung des Gegenstandes: Erstickungstod, Kindesmord, Leichenuntersuchung. Dem entsprechend ist Verf. auch kurz auf die Sectionstechnik eingegangen. Sehr eingehend sind auch die Vergiftungen besprochen. Die psychiatrische gerichtsärztliche Thätigkeit ist unberücksichtigt geblieben. Abbildungen sind dem Buche — mit Rücksicht auf dessen Zweck als Leitfaden — nicht beigegeben.

Boedeker (Lichtenberg-Berlin).

XVI) **J. Bornträger**: Compendium der gerichtsärztlichen Praxis. Mit 14 Abbildungen im Text.

[Verlag von R. Hartung & Sohn (G. M. Herzog), Leipzig 1894. Preis Mk 10.80. 695 Seiten.]

Das Buch ist nach Ausspruch des Verf. ein Resultat nicht nur des längeren eingehenden Studiums der bekannten einschlägigen grösseren Werke, Gesetze und Verordnungen, Abhandlungen, Gutachten und Entscheidungen oberster Behörden, sondern auch eigener Erfahrungen, Arbeiten und Ansichten und stellt somit ein objectives und doch selbstständiges wissenschaftliches Lehrbuch dar; Inhalt und Disposition sind im Ganzen wie üblich, doch folgt die Eintheilung und Behandlung des Stoffes mehr als gewöhnlich den massgebenden Gesetzesstellen. Manche sonst mehr oder weniger ignorirte Themata finden sich hier eingehender behandelt, u. a. Unfallsverletzungen und Geistesstörungen (incl. Begutachtung). Die Darstellungsweise ist eine knappe und leicht fassliche. Die einzelnen Kapitel sind naturgemäss nicht Gegenstand eines Referats. Besonders hervorgehoben mag indess die ausführliche Behandlung streitiger geistiger Verhältnisse werden. Verf. nimmt energisch Partei für die ausschlaggebende Stellung des Arztes bei Beurtheilung von Geisteszuständen und gegen die in jüngster Zeit vielfach erfolgten Angriffe gegen dieselbe unter eingehender Darlegung

der Unberechtigtheit bezw. Unbegründetheit der letzteren. Er hebt die Nothwendigkeit der Förderung nicht des laienhaften, sondern des wissenschaftlichen Elements hervor: nöthig sei psychiatrischer Unterricht an allen Universitäten, obligatorische Theilnahme an diesem, sowie Prüfung in der Psychiatrie beim Staatsexamen der Mediciner, Verpflichtung der Kreisphysici und Gerichtsärzte zu einer einjährigen Thätigkeit in einer Irrenanstalt. In den Kapiteln, die von der Eintheilung, Symptomatologie etc. der Psychosen handeln, findet sich eine Reihe von Unrichtigkeiten, die dem Zweck des Buches einen wesentlichen Eintrag indessen nicht thun. Das Buch will hier zu viel geben im Aufzählen von Symptomen, Eintheilungen, Spielarten etc. und wird auf diejenigen, die mit diesen Gegenständen nicht vertraut sind — und um solche Leser dürfte es sich doch vorzugsweise handeln — leicht etwas verwirrend wirken. Nach Ansicht des Ref. würde Verf. hier besser auf die Hauptbegriffe, Hauptsymptome etc. sich beschränken. — Als überaus bedenklich muss es erscheinen, wenn Verf. (S. 494) die Verantwortlichkeit der Verrückten für ihre Handlungen nur insoweit aufgehoben wissen will, als sie nachweisbar durch Hallucinationen oder bestimmte Wahnideen hervorgerufen sind. Wenn demnach ein notorisch Verrückter, — also schwer Geisteskranker — einen Diebstahl begeht, dessen Zusammenhang mit Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen nicht nachzuweisen ist, eventuell auch gar nicht besteht, dann soll er strafrechtlich verantwortlich gemacht werden? Das wäre doch wohl kaum zu verantworten. —

Im Uebrigen bietet das vorliegende Werk zweifellos wesentliche Vorzüge und mag Allen, die sich mit dem Studium der gerichtlichen Medicin vertraut machen wollen, bestens empfohlen werden.

Boedeker.

XVII) **Paul Boerner's** Reichs-Medicinal-Kalender für Deutschland auf das Jahr 1895.

(Herausgegeben von Prof. Eulenburg und Dr. Schwalbe.)

Das Beiheft dieses reichhaltigen Kalenders enthält eine Reihe von practisch wichtigen Abhandlungen. Ich hebe folgende hervor: 1. Eulenberg: Differentialdiagnostische Uebersicht der klinisch wichtigsten Erkrankungsformen des Gehirns u. der Gehirnhäute, und 2. Die bei gerichtlichen Sectionen besonders in Betracht kommenden Maasse und Gewichtsverhältnisse. 3. Schemata zur Ausführung von forensischen Obductionen, von Dr. Lindow-Prenzlau. 4. Abriss der Massage von Brandis.

Beigegeben ist eine Sammlung der in den früheren Jahrgängen des Kalenders enthaltenen Abhandlungen, aus welchen ich folgende namhaft mache: Grundzüge einer klinischen Diagnostik der Rückenmarkskrankheiten von Eulenburg, Anleitung zur gerichtsärztlichen Untersuchung und Begutachtung der psychopathischen Zustände von Koch, diagnostischer Ueberblick über die Psychosen von Koch.

Es ist anerkennenswerth, dass in dem wissenschaftlichen Theil des Kalenders gerade diejenigen Gebiete behandelt werden, in Bezug auf welche der obligatorische Unterricht der Medicin-Studirenden bedauerliche Lücken lässt.

Sommer.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

I. Allgemeine Pathologie.

24) **Edinger**: Eine neue Theorie über die Ursachen einiger Nervenkrankheiten, insbesondere der Neuritis und der Tabes.
(Sammlung klinischer Vorträge, N. F. 106.)

Nachdem die anatomische Untersuchung schon eine grosse Menge von Veränderungen der Nervensubstanz als zureichenden Grund von bestimmten klinischen Krankheitsbildern zu Tage gebracht hat und für den weiteren Ausbau der anatomischen Methoden besonders in Bezug auf Zellenuntersuchung bestimmte Bahnen vorgezeichnet sind, zeigen sich nun mehrfache Ansätze zu einer Theorie der functionellen oder besser dynamischen Störungen, welche bestimmten Neurosen zu Grunde liegen. In dieser Richtung bewegen sich im neurologischen Gebiet die Ideen Weigert's über die Lebensäusserungen der Zellen unter patholog. Verhältnissen*), ferner die Ausführungen von Rosenbach (cfr. das Referat Nr. 1 dieses Jahrganges), welcher den Begriff der potentiellen Energie in Bezug auf das Nervensystem durchführt, ferner in gewissem Sinne die Untersuchungen über die feineren Circulationsverhältnisse im Gehirn (Grashey, Geigel etc.), ferner die experimentellen Studien des Referenten über die Erhaltung bezw. Transformirung der Kraft bei dem Aufhören gewisser corticaler Vorgänge u. s. f. Im Grunde laufen alle diese von verschiedenen Seiten kommenden concentrischen Bestrebungen auf eine Dynamik des Nervensystems als Ergänzung der bisher wesentlich behandelten Statik hinaus, welche der Endzweck der rein anatomischen Untersuchung des Nervensystems in gesundem und krankem Zustande ist.

Der hervorragendste Versuch in dieser Richtung ist Edinger's „Neue Theorie über die Ursachen einiger Nervenkrankheiten, insbesondere der Neuritis und Tabes.“ Während Rosenbach bei seinen Ausführungen sich hauptsächlich im Rahmen der allgemein physikalischen Begriffe hält und nur kurze Vorausdeutungen auf ihre klinische Anwendbarkeit macht, geht Edinger direct auf die dynamische Betrachtung zweier anatomisch und klinisch wohlstudirter Krankheiten (Tabes und Neuritis) ein, d. h. er erklärt die anatomischen Befunde als Folgezustände einer Störung des dynamischen Gleichgewichtes in der Nervensubstanz. Sehr geschickt knüpft Edinger seine Theorie an eine Auseinandersetzung über den Begriff der Ursache von Nervenkrankheiten an (pg. 88) „Wie ist es möglich, dass die gleiche Ursache einmal diese und ein andermal jene Krankheit erzeugt? Ist es denkbar, dass ganz der gleiche Symptomencomplex durch die allermannigfaltigsten Schädigungen in immer gleicher typischer Combination entsteht? Wie vollends mag es kommen, dass so viele von den Nervenkrankheiten echte progressive sind, dass sie noch Jahre, ja Jahrzehnte lang sich immer

*) Jahresbericht der Senckenbergischen Gesellschaft 1886, S. 75.

weiter entwickeln, wenn längst die erstmalige Schädigung vorübergegangen ist?" Ich gebe nun kurz den Gedankengang von Edinger's Theorie (pg. 7): Function bedeutet eine Schädigung, d. h. Kraft- oder Stoffverlust des functionirenden Organs. Wenn der normalen Thätigkeit nicht ein normaler Ersatz im Stoffwechsel von Nerv und Zelle entspricht, findet ein Untergang von Nervensubstanz statt.

Es giebt klinische Beispiele für einen Nervenzerfall durch Erschöpfung (atrophische Lähmungen bei gewerblich bedingter Hyperfunction). Ursache kann nur der Mangel an Ersatz für das Verbrauchte sein. Es handelt sich um das relative Verhältniss von Zerfall und Ersatz. Auch bei nicht gesteigerter Function kann durch Mangel an Ersatz Zerfall eintreten (Neuritis bei nicht angestrengten Leuten mit Venenthrombosen). Bei Menschen, die an erschöpfenden Krankheiten gestorben sind und in Leichen von sehr alten Leuten finden sich in den peripheren Nerven zerfallende Fasern (Oppenheim, Siemerling, Coester). Auch in den Nerven völlig Gesunder müssen sich solche Erscheinungen von Zerfall als Spuren von Function manchmal finden (Sigmund Mayer). Es giebt graue Degeneration, wenn der Ersatz für das Verbrauchte mangelhaft ist. Hierher gehören die Rückenmarksveränderungen nach Anämie (Lichtheim, Minnich), bei Diabetes, bei Circulationsstörungen, wie sie z. B von Fürstner und Mendel experimentell bei Hunden hervorgerufen wurden. Die Ersatztheorie muss zur Intoxicationslehre hinzukommen, um viele klinische Sonderbarkeiten des Alcoholismus, Ergotismus etc.) zu erklären. In Perioden mangelnden Ersatzes können tabesähnliche Erkrankungen auftreten. Die blosse Intoxicationslehre, welche den Kern der Theorie über den Zusammenhang von Syphilis und Tabes bildet, erklärt deren klinische Eigenthümlichkeiten nicht. Edinger sucht letztere mit Hilfe der Ersatztheorie begreiflich zu machen.

Im Einzelnen ergeben sich dabei manche zu zwangsmässige Erklärungen. Z. B. sagt Edinger in Bezug auf die progressive Paralyse: „. . . . Es bedarf kaum der Ausführung, ... dass namentlich der Umstand sehr schädlich für die Kranken ist, dass sie, wenn einiges ausgefallen, immer mit dem ständig kleiner werdenden Reste den psychischen Anforderungen zu genügen suchen. So wird die Krankheit, auf wenige Elemente beschränkt, ständig intensiver, die Krankheit schreitet rasch fort". Selbst wenn ich mir den ontologisch klingenden Begriff Krankheit in die Vorstellungen der Ersatztheorie umwandle, erscheint mir diese Erklärung der Progression der Paralyse gewagt.

Aber Theorieen müssen im Anfang etwas kategorisch auftreten, wenn sie neue Untersuchungen anregen sollen. Desshalb will ich mit solchen Stellen nicht rechten. Ueberwiegend erklären sich die klinischen Thatsachen in der That besser aus der Ersatztheorie als aus den bisherigen Entzündungs- und Vergiftungstheorieen. Edinger's Arbeit verdient als principielle Anregung den weitesten Wirkungskreis. Möge die Dynamik des Nervensystems besonders durch Experimente über Innervationsverhältnisse am Lebenden gefördert werden!

Sommer.

II. Specielle Pathologie.

a) Gehirn und Rückenmark.

25) **Gaetano Angiolella**: Sulle alterazioni dei ganglii del simpatico nella paralisi progressiva.

(Il Manicomio moderno 1894. X., Nr. 1 u. 2.)

Bonnet und Poincaré haben im Jahre 1887 histologische Untersuchungen über die Ganglien des Grenzstranges des Sympathicus bei der progressiven Paralyse angestellt und folgende Veränderungen gefunden: Pigmentation der Nervenzellen, Verminderung ihrer Zahl, Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, beträchtliche Menge von Fettzellen bis zur vollständigen Umwandlung der Ganglien in Fettgewebe. A. hat diese Angaben einer Nachprüfung unterzogen, indem er in 9 Fällen von Paralyse den Sympathicus microscopisch untersuchte.

Seine Methode bestand in der Härtung der Grenzstränge in einer mässig-alcoholischen 2% Sublimat-L., darauffolgender Auswässerung und weiterer Behandlung anfangs mit Jodalcohol und dann mit Alcohol. Die in Paraffinbettung gewonnenen Schnitte wurden sodann gefärbt mit Carmin (nach Beale), mit Hämatoxylin (Böhmer), mit Alaun-Cochenille, mit Jodurpalladium (Paladino), mit Weigert'scher Methode (modificirt von Vassale). Das Resultat der Untersuchung der 9 genannten Fälle, deren Krankengeschichten und Autopsieen A. übrigens im einzelnen mittheilt, war folgendes:

Es fanden sich kleinzellige Infiltration, Zunahme des Bindegewebes, Verdickung der Gefässwände, vermehrte Vascularität des Gewebes, kleine Blutextravasate, die Nervenzellen an Zahl nicht vermindert, wohl aber verändert, entweder in Pigmentdegeneration oder in Atrophie oder in einfacher hyaliner Necrose. — Diese Befunde unterscheiden sich von den von den beiden obigen Autoren angegebenen insofern, als diese immer Pigmentdegeneration beobachtet haben wollen, während A. nur in 2 Fällen ein intensives Umsichgreifen dieses Processes constatirte; in den übrigen Fällen fehlte derselbe zwar nicht, aber er beschränkte sich nur auf einen Theil der Zellen. Weiter konnte A. eine merkliche Abnahme der Zellen an Zahl nicht bestätigen; er fand nur wenige zwar ganz normal, die übrigen aber von den oben angeführten Processen mehr oder weniger mitgenommen. Schliesslich hat er auch nie Fettzellen im Bindegewebe, ebenso wenig vollständig in Fettmasse umgewandelte Ganglien angetroffen. Hingegen betrafen seine Beobachtungen einige Veränderungen, die Bonnet und Poincaré entgangen waren, nämlich die Verdickung der Gefässwände, den Austritt von Blut ins Gewebe und die kleinzellige Infiltration.

Aus diesem Verhalten schliesst A., dass sich in den Sympathicusganglien ein dreifacher Process abgespielt habe: eine chronische Entzündung des interstitiellen Bindegewebes, eine chronische Endo- und Periarteriitis, und degenerative und necrotische Vorgänge in den Nervenzellen. Ob nun die parenchymatösen Degenerationen oder die interstitiellen Entzündungsvorgänge das Primäre hierbei sind, diese Frage lässt B. noch unentschieden. Er neigt indessen zu der Annahme, dass beide Processe gleichzeitig einhergehen, da beide die Producte einer und derselben Ursache sind, die gleichzeitig auf die Nervenzelle und das Zwischengewebe einwirken.

Verfasser legt seinen Befunden für die Erklärung des Krankheitsprocesses der Paralyse keine sonderliche Bedeutung bei; er will auch nicht zu Gunsten der von Bonnet und Poincaré aufgestellten Theorie eintreten, wonach die vasomotorischen Störungen im ganzen Organismus von einer Sympathicusaffection ausgehen und die Congestionen zum Gehirn und somit die Meningo-Encephalitis ebenfalls durch eine solche bedingt sein sollen. Durch Vergleich der von ihm gefundenen Veränderungen am Sympathicus mit den von anderen Autoren gefundenen Läsionen am Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven kommt A. zu der Ueberzeugung, dass die progressive Paralyse eine Erkrankung des gesammten Nervensystems ist, eine Systemopathia und dass die anatomische Basis derselben in einer chronischen interstitiellen Entzündung besteht, die von regressiven Processen der specifischen Elemente begleitet ist und sich auf das ganze Nervensystem erstreckt. — Hinsichtlich der Pathogenese des Leidens hält A. die Annahme nicht für unwahrscheinlich, dass es sich um eine im Blute kreisende toxische Substanz handelt, eine Hypothese, die nicht mehr neu ist und durch die Untersuchungen von d'Abundo an dem Blute und die Brugia's an dem Urine Paralytischer wahrscheinlich gemacht wird.

Buschan.

---

26) **William B. Noyes** (New-York): The diagnosis of Charcot joint. (Die Diagnose des Charcot'schen Gelenkes.) (Arthropathia tabica.)
(The Medic. Record, 16. Juni 1894.)

Die Arthropathie der Tabiker zeigt so characteristische Merkmale dass man oft aus ihr allein die Diagnose auf Tabes stellen kann. Verf, berichtet einen solchen Fall: Der Kranke kam sterbend ins Krankenhaus. Anamnese u. s. w. fehlte, das Vorhandensein einer lediglich aus den krankhaften Veränderungen eines Gelenks vermutheten Tabes wurde durch die Section bestätigt. — Im Anschlusse an diesen Fall bespricht Verf. kurz die Diagnose der tabischen Arthropathie, führt die Hauptunterscheidungs-Merkmale zwischen ihr und der Arthritis deformans an, erklärt ihre Entstehung (sehr häufig tritt sie erfahrungsgemäss schon in einem früheren prätactischen Stadium auf) mehr aus der bei Tabes so oft vorkommenden peripheren Neuritis, als aus der Erkrankung des Rückenmarks selbst, und führt endlich unter Hinweis auf die Goldscheider'schen Untersuchungen über den sogenannten Muskelsinn aus, dass bei der Tabes kleinere Veränderungen der Gelenkoberflächen und ihrer nächsten Umgebung viel häufiger sind, als die ausgesprochene Charcot'sche Arthropathie; gerade diese kleinen Veränderungen aber hätten wahrscheinlich auf die Entwickelung der Ataxie den bedeutendsten Einfluss. Voigt-Oeynhausen.

---

27) **N. Muchin**: Arthropathie und Syphilis.
(Sbornik imeni prof. J. N. Obolenskaw. 1893.)

Um die Frage zu entscheiden, ob die Arthropathie syphilitischen Ursprunges oder nicht, sei, analysirt Autor in seiner Arbeit sehr ausführlich das klinische Bild der „Arthropathie tabétique" von Charcot, führt die Literatur über diese Frage im allgemeinen und über deren Pathogenese im besonderen auf, theilt aus seiner eigenen Praxis zwei Fälle dieses Leidens bei Syphilitikern mit und kommt an folgenden Resultaten: 1. Die syphili-

tische Arthropathie kann sich durch nichts von der von Charcot beschriebenen Arthropathie unterscheiden. 2. Der ursächliche Zusammenhang zwischen der Arthropathie von Charcot und den Innervationsstörungen der Gelenke, die wegen Erkrankung gewisser Theile des centralen Nervensystems entstehen, kann für bewiesen gelten. 3. Aber, wie es scheint, hat die Arthropathie von Charcot keinen reinen Nervenursprung, sondern der Ursprung ist vermischt, wobei die Nervenstörungen nur als Disposition dienen: indem sie die Ernährungsprocesse in den Gelenken verhindern, bilden sie einen günstigen Boden für schädlich einwirkende äussere und innere Einflüsse. 4. Die Ursachen der Krankheit sind meistens von den äusseren Agentien Erkältung und Trauma und von den inneren Syphilis und Arthritismus. 5. Da die Arthropathie keineswegs nur bei Tabes vorkommt, sondern auch bei vielen anderen Erkrankungen des Rückenmarks und des Gehirns beobachtet wird, so wäre es richtiger, sie nicht Arthropathia tabidorum, sondern Arthropathia Charcot oder Arthropathia neuroparalytica zu nennen. H. Diedrichsohn.

---

28) **Linsmayer**: Ein Fall von Dystrophia muscul. progressiva juvenilis.
(Wien. klin. W. 1894, 29.)

Bei einem 71jährigen bis dahin gesunden Manne entwickelte sich ohne nachweisbare Ursache Schwund der Gesässmuskeln, der Unterschenkelstrecker, der linken Fuss- und Zehenstrecker, besonders des Tibialis anticus. Bei Erhaltensein der Bauchmuskulatur fand sich Abmagerung der gesammten Rückenmuskeln, der Intercostales und Pectorales. Die Deltoidei waren pseudohypertrophisch, die Oberarme spindeldürr, die Unterarmmuskeln intact; ebenso die Gesichtsmuskeln und die Sphincteren. Nirgends fand sich fibrilläres Zucken. Die Sensibilität war in allen Qualitäten normal. Beim Gehen zeigte er „Steppergang“; beim Aufrichten aus gebückter Stellung typisches Heraufklettern. Die tiefen Reflexe waren theils normal, theils herabgesetzt. In den afficirten Muskeln bestand Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit proportional ihrer Abmagerung. Partielle EaR documentirte sich an einigen atrophischen Muskeln durch trägere Zuckungen. Die obige Diagnose wurde gestellt, da Anzeichen eines spinalen Leidens nicht vorhanden waren. Wahrscheinlich sei die Ursache der Muskelatrophie in einer senilen Alteration des Gefässsystems der Muskeln zu suchen.
Lehmann (Werneck).

---

b) Intoxicationskrankheiten.

29) **J. Targowla**: Polynévrite récidivante, envahissement des nerfs craniens et diplégie faciale.
(Revue neurologique Nr. 16, 31. August 1894.)

Spontane Polyneuritis, Lähmung der Glieder und des Gesichtes nach Vorhergang von Schmerzen, Muskelatrophie von Aran-Duchenne'schem Typus. Störungen des Schlingens, Kauens und der Sprache. Trophische Störungen. 3 Recidive.

Das 39jährige Dienstmädchen A. B. ohne erbliche Belastung erkrankte 1874 im Alter von 19 Jahren im Gefolge von Aufregungen und körperlicher Ueberanstrengung zum ersten Male an Polyneuritis. Das Leiden

begann mit Schmerzen und Anschwellung in der Schultergegend und führte zu vollständiger Lähmung am rechten Arme und zu einer Schwäche der Beine, welche das Gehen schwierig machte. Gleichzeitig Facialislähmung rechts, Erschwerung des Kauens und Schluckens, näselnde Sprache. Der rechte Arm magert ab. Nach 6 Monaten hatten sich diese Störungen soweit zurückgebildet, dass nur mehr eine gewisse Behinderung der Daumenbewegungen, leichte Flexionsstellung der Finger und Abmagerung der Hände verblieb. Die Kranke hatte bereits 3 Monate als Dienstmädchen wieder gearbeitet, als ein Rückfall eintrat (lancinirende Schmerzen in allen vier Gliedern und allgemeine Schwäche, das Gesicht blieb verschont), welcher einen günstigen Verlauf nahm. Im Alter von 27 Jahren (1882) wurde sie von einer zweiten Attaque, ähnlich der ersten, aber mit verschiedener Localisation, heimgesucht. Die Affection begann dieses Mal an den Beinen, das rechte Bein war stark ergriffen, das Kniegelenk hier auch geschwollen; an den Armen nur Schwäche, keine Anschwellung. Nach 3 Monaten konnte die Kranke mit den Händen leichtere Arbeiten verrichten. Die Schwäche der Beine, die auch erheblich abmagerten, hielt länger an.

Im Alter von 38 Jahren - Juli 1893 — wurde die Patientin von einer dritten polyneuritischen Attaque befallen, welche sie veranlasste, zunächst in dem Hospital Saint-Denis $4^1/_2$ Monate sich behandeln zu lassen und später im Hospital Lariboisière Aufnahme zu suchen.

Stat. præs. 5 April 1894: Lähmung und Atrophie an beiden Armen. Am linken Arm nimmt die Lähmung nach oben zu ab. Daumen- und Kleinfingerballen, Vorder- und Oberarm atrophisch; am Handgelenksrücken eine Anschwellung. Der rechte Arm verhält sich ähnlich wie der linke, mit Ausnahme des Umstandes, dass an der Hand in Folge von Atrophie der Interossei eine gewisse Klauenstellung der Finger (main en griffe) besteht. Die electrische Exploration ergiebt an beiden Armen Herabsetzung der faradischen und galvanischen Erregbarkeit der Nervenstämme und Muskeln ne'en träger Zuckung. An den Beinen, über welche die Pat. keine besondere Klage führt, finden sich druckempfindliche Stellen im Verlaufe der Ischiadici der Tibiales und Peronei, ferner Schwächezustände und partielle EaR an einzelnen Muskelgruppen. Das Gesicht zeigt die Spuren früherer Lähmungen: Gedunsenheit der Wangen, eine gewisse Unbeweglichkeit der Züge; die Unterlippe ist verdickt und etwas gesenkt, die Stirn völlig ohne Furchen. Die Kranke kann weder blasen noch pfeifen, die Stirne nicht runzeln; die Aussprache der Buchstaben b, v, f, p ist sehr mangelhaft. Die electrische Erregbarkeit des unteren Facialis ist herabgesetzt, der Muscul. frontalis zeigt unvollständige EaR.

Geringe Atrophie des linken Trapezius und Sternocleidomastoideus, die Muskeln des Nackens und Stammes dünn. Störungen seitens der cutanen Sensibilität, der höheren Sinne, der Pupille und der Sphincteren mangeln. Das Kniephänomen ist beiderseits erloschen, auch kein Handgelenkreflex.

3 Monate später zeigte sich im Zustand der Kranken eine deutliche Besserung: Gang gut, die Kranke kann verschiedene Verrichtungen vornehmen, zu welchen sie früher nicht befähigt war (ohne Beihilfe essen, sich das Gesicht waschen etc.). Von trophischen Störungen bestehen noch: die Anschwellung am Handgelenkrücken, Verdickung und Trockenheit der

Haut an der Volarfläche der Hände und Gedunsenheit der Gesichtshaut. Der Verfasser weist auf die Gegenwart der 4 Cardinalsymptome der Neuritis, Schmerzen, Lähmung, Muskelatrophie und trophische Störungen, in obiger Beobachtung hin. Er glaubt, nachdem die Antecedentien der Pat. weder Alcohol- noch Bleiintoxication, noch eine Infectionskrankheit aufweisen, dass es sich um einen Fall der von Leyden als spontane multiple Neuritis unterschiedenen Form m. N. handelt, welche auf Autointoxication beruht und im Gefolge acuter infectiöser Vorgänge auftritt.

T. scheint letzteren Entstehungsmodus für den wahrscheinlichsten zu halten.*) L. Löwenfeld.

---

30) **E. Enriquez** et **L. Hallion**: Myélite expérimentale par toxine diphthéritique.

(Revue neurologique Nr. 10, 31. Mai 1894.)

Den Verfassern gelang es, durch subcutane Injection der Diphtherietoxine (einer längere Zeit zur Cultur von Diphtheriebacillen verwendeten und dann durch Filtration sterilisirten Bouillon) myelitische Läsionen bei Hunden zu produciren. Diese Thatsache verdient desshalb besondere Beachtung, weil nach der herrschenden Ansicht, welche durch die vor kurzem von Stcherback mitgetheilten Versuche eine wesentliche Stütze gewonnen zu haben schien (vergl. Centr.-Bl. März 1894, S. 142), die Läsionen, welche das Diphtheriegift im Nervensystem hervorrufen, vorzugsweise die peripheren Nerven betreffen. E. und H. untersuchten die medulla oblong. und das Rückenmark von 3 Hunden, welche auf subcutanem Wege $1^1/_2-2$ Cubikcentimeter filtrirter Diphtheriebouillon auf das Kilogramm Körpergewicht erhalten hatten; die Thiere erlagen nach ungefähr 10 Tagen. Es fanden sich beim microscopischen Examen der gehärteten Organe Veränderungen im Rückenmark, welche in Congestion, Blutungen und in 2 von den 3 Fällen in myelitischen Herden bestanden, die hauptsächlich in der Marksubstanz sassen. Es handelte sich bei letzteren um eine Gliasclerose im ersten Entwicklungsstadium mit Zerstörung der Nervenfasern. Ausserdem wurden an den Wurzeln einzelner Gehirnnerven neuritische Veränderungen constatirt. Bei einem Affen, welcher die Injection der Diphtherietoxine überlebte, nachdem er schwer erkrankt war, persistiren Lähmungserscheinungen und Zittern, welche Symptome auf Läsionen centralen Sitzes hinzuweisen scheinen. L. Löwenfeld.

---

31) **Canger, Raff.**: Influenza e disturbi neuro-psichici.

(Il Manicomio Moderno 1894, X, Nr. 1 u. 2.)

Es ist bekannt, dass das Grippegift in verschiedener Weise das Nervensystem zu alteriren im Stande ist, insofern es bald nur ganz vorüber-

---

*) Der Verfasser befindet sich bezüglich der von Leyden als spontane oder primäre multiple Neuritis unterschiedenen Form insofern im Irrthum, als Leyden (die Entzündung der peripheren Nerven, Polyneuritis, Neuritis multiplex, 2 Vorträge, Berlin 1888, S. 19 u. 33) als Ursache derselben nur Erkältungen und Muskelüberanstrengungen anführt, von einem infectiösen Ursprung derselben jedoch nichts erwähnt. Dagegen hat Ref. diesen Ursprung für die bei uns zur Beobachtung gelangenden Fälle primärer multipler Neuritis nachzuweisen versucht (zur Aetiologie der mult. Neuritis, Münchner med. Wochenschr. Nr. 37, 1888). Löwenfeld.

gehend, bald bleibend Störungen der centralen oder auch nur der peripheren Nerven hervorruft (multiple Neuritis, Neuralgie, Aphasie, Hemiplegie, Delirium, psychische Erscheinungen). Zu den zahlreichen, darauf bezüglichen Veröffentlichungen fügt C. zwei neue Eigenbeobachtungen von „cerebraler Influenza“ hinzu.

Im ersten Falle stellte sich ganz unerwartet am 9. Tage, als die Temperatur bereits auf 38 ° gefallen war, Bewusstseinsverlust, darauf Halbbenommenheit, weiter vollständige Aphasie und Semicontracturen der Gliedmassen ein. Das Bewusstsein war dabei vollständig geschwunden; die Pupillen verengert und unempfindlich; es bestanden Opistotonus und Trismus. Indessen waren diese Erscheinungen nicht anhaltend. Denn es traten Stunden ein, in denen das Bewusstsein sich aufhellte und die Contracturen nachliessen. So wechselnd zog sich das Krankheitsbild 4 Tage lang hin und verschwand dann gänzlich, ohne dass sich während des geschilderten Zustandes eine Temperaturänderung gezeigt hätte und ohne dass irgend welche Residuen zurückgeblieben wären. — Die zweite Kranke bekam im Anschluss an eine Influenza eine Broncho-Pneumonie. Nach einer Woche, als dieselbe bereits sich zu lösen begann, stellten sich die cerebralen Erscheinungen ein. Zunächst Unruhe und Irrereden, dann erschwertes Schlingen und Contractur der Extremitäten. Am 10. Tage nach Beginn der Krankheit war die Kranke vollständig aphasisch, hatte absolut kein Bewusstsein, zeigte Trismus, Rigidität der Wirbelsäule, allgemeine Hyperästhesie, myotische unempfindliche Pupillen bei 39° Temperatur. Nach weiteren 3 Tagen, während welcher dieser Zustand anhielt, begann sich das Sensorium zu klären und am 5. Tage hörten Trismus, Opistotonus, Contracturen und Unbesinnlichkeit auf. Da, als sich die Reconvalescenz bereits einzustellen begann, wurde die Kranke (bei nur wenigen Decigraden Fiebertemperatur) auf einmal geschwätzig, unruhig, expansiv, schlaflos; während der Nacht stellte sich ein heftiges hallucinatorisches Delirium mit motorischer Agitation ein. Diese psychische Veränderung hielt nur 4 Tage an, während deren die Temperatur zwischen 37,5 und 38° schwankte. Am 5. Tage war alles vorüber; die Kranke hatte keine Erinnerung an die Vorgänge, meinte nur einen Traum gehabt zu haben. Vollständige Genesung.

In beiden Fällen handelte es sich nicht um eine Meningitis im wahren Sinne des Wortes, sondern um pseudomeningitische Zustände (Meningismus), deren pathogenetische Ursache die Einwirkung des Grippetoxin auf das Gehirn und seine Häute ist. Verfasser erinnert daran, dass auch die meningo-encephalischen Erscheinungen bei anderen acuten Infectionskrankheiten z. B. das Delirium bei Typhus oder die Meningitis bei Pneumonie nicht etwa die Folge des Fiebers oder die Folge der cerebralen Stase sind, sondern vielmehr auf der directen Einwirkung des specifischen Bacillus resp. der durch ihn erzeugten und im Blute circulirenden Ptomaine oder Toxine beruhten. Man wird daher bei einem Delirium in Folge von acuten Infectionskrankheiten nicht mehr von einem febrilen, sondern von einem toxischen Delirium zu sprechen haben. Denn in der Mehrzahl der Fälle geht dasselbe nicht mit der Temperaturelevation einher, sondern mit der Intensität der Infection. Daher kommt es auch, dass dasselbe sich erst

im postfebrilen Stadium (Remission) einzustellen oder, falls es schon von Anfang an bestanden hat, mit der Exacerbation des Fiebers ganz zu verschwinden pflegt. Auf der anderen Seite giebt es wieder Krankheiten mit hoher Temperatur (z. B. Tetanus, Lymphangitis), im Verlauf deren sich nie ein Delirium einstellt. Man ist nur in solchen Fällen berechtigt, von febrilem Delirium zu sprechen, wenn dieses parallel mit dem Fieber geht. — C hebt weiter die grosse Aehnlichkeit hervor, die in klinischer Beziehung zwischen den Delirien der acuten Infectionskrankheiten und den acuten psycho-sensorischen Störungen bei Vergiftung mittelst Alkaloide (Atropin, Hyoscyamin, Chinin, Morphin) besteht; in beiden Fällen erfährt die Vitalität des Nervengewebes durch das Gift eine Einbusse, woraus die psychisch-nervösen Störungen resultiren. Buschan

— — —

32) Dr. **Leopold** (Pörtschbach): Ein Fall von Cocainintoxication.
(Berlin. klin. Wochenschr 1894, Nr. 36.)

Bei einer wahrscheinlich durch den forcirten Gebrauch von Bädern nervös überreizten, sonst kräftigen 24jährigen Frau rief eine Einpinselung einer 10% Cocainlösung, welche wegen einer Angina tonsillaris mit Abscessbildung zur Linderung der heftigen Schmerzen angewandt worden war, nach kurzer Zeit einen Zustand von acuter Verwirrtheit und Erregung mit Verfolgungsideen hervor. Sie wollte (in der Nacht) durchaus abreisen, jammerte und weinte, ein Haftbefehl sei gegen sie ausgefertigt, das Vehmgericht harre ihrer im Vorzimmer, die vermummten Männer würden gleich erscheinen etc. (Gehörshallucinationen?). Objectiv: Sehr kühle Extremitäten.

Nach einer Dosis Sulfonal schlief sie leidlich und war am nächsten Morgen wieder vollständig ruhig und klar, zeigte jedoch völlige Amnesie bezüglich der Vorgänge der letzten Nacht. Hoppe.

— — —

c) Neurosen.

33) **A. Pick** (Prag): Zur Symptomatologie der functionellen Aphasieen nebst Bemerkungen zur Migraine ophtalmique.
(Berl. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 47.)

Der Fall ist deswegen interessant und werthvoll, weil er einen älteren Candidaten der Medicin betrifft, welch r sehr genaue Selbstbeobachtungen gemacht hat.

Bereits im 15. Jahre hatte der 27jährige Mediciner an einem heissen Sommertage einen nicht genauer beobachteten Anfall mit Schmerzen und Stechen im Kopf und im rechten Auge. In der letzten Zeit war er stark verbummelt und in eine sehr bedrängte Lage gerathen und dadurch sowie durch bedeutende Excesse in baccho et venere in eine bis zum Lebensüberdruss gesteigerte verzweifelte Stimmung verfallen. An einem heissen Julivormittage bemerkte er, als er durch die Strassen schlenderte, plötzlich, dass er schlecht sehe. Auf weissem Untergrunde erschienen ihm dunkle, runde, glänzende, radiär gestreifte Flecke, zuerst einzeln, dann mehrere in deutlicher Bewegung von oben nach unten, schliesslich mit einander nach unten zu grossen dunklen Flächen verschmelzend. Er sah die Personen und Gegenstände unvollständig, besonders im Centrum dunkel, schliesslich von allen Seiten Dunkelheit und keine Farben, so dass er sich

nicht orientiren konnte und taumelte. In einer Weinstube, in welche er sich flüchtete, sah er, während alles um ihn dunkel war, seitwärts wellenförmige schwingende parallel verlaufende Strahlenlinien, die mit unzähligen kleinen lichten, funkelnden Pünktchen untermischt waren. Auf dem Wege zur Klinik, wohin er sich in seiner Angst führen lassen wollte, wurde er ruhiger und begann immer deutlicher zu sehen, bis er wieder alles unterscheiden konnte. Nach einiger Zeit (er war unterdess in die Weinstube zurückgekehrt) wurde ihm plötzlich schlecht und er vermochte auf die an ihn gestellten Fragen nicht zu antworten, wobei er das volle Bewusstsein hatte, dass mit ihm etwas vorgehe. Dann fühlte er plötzlich, wie zuerst die linke Hand, der Vorderarm im Gebiete des Ulnaris einschlief, die linke Hälfte der Oberlippe und die linke Wange gefühllos wurde, die Kehle sich ihm zusammenschnürte und sein Bewusstsein immer mehr schwand. Die Personen begannen ihm zu verschwimmen, er konnte keine Worte für seinen Zustand, seine Wünsche finden, sich auch schriftlich nicht ausdrücken und sich auf die Namen ganz bekannter Personen nicht besinnen; schliesslich erkannte er Niemanden mehr, obgleich er die Personen sah und sich anstrengte, dieselben zu erkennen.

Auf der psychiatrischen Klinik, wohin er Nachmittags 3 Uhr gebracht wurde, war Patient zunächst völlig benommen und stuporös, er fiel förmlich in sich zusammen. Die Fragen, welche ihm laut wiederholt werden mussten, sprach er, ohne sie zu verstehen, wie ein Echo in demselben Tonfalle nach, manchmal auch paraphasisch, und versank dann wieder in sein Brüten. Nach $^3/_4$ Stunden begann sich sein Zustand allmählig zu bessern. Er fing an, das Gehörte zu verstehen, antwortete mit Zeichen, konnte zuerst Namen nicht finden; schliesslich löste sich auch diese Sprachstörung langsam und das Verständniss für seine Umgebung stellte sich ein. Er vermochte bald die Ereignisse des Tages zu erzählen, zeigte aber für den Anfall zunächst völlige Amnesie, welche jedoch bis zum Abend beinahe ganz geschwunden war. Er klagte nur noch über Parästhesieen und linksseitigen Stirnscheitelkopfschmerz; objectiv bestand Herabsetzung der Sensibiltät im Bereiche des linken Vorderarms und des linken untersten Trigeminusgebietes. Eine gewisse Benommenheit, verbunden mit Paragraphie und Abgeschlagenheit, war auch noch in den nächsten Tagen zu constatiren.

Der nächste Anfall erfolgte am 10. August, gleichfalls einem sehr heissen Tage. Unter heftigem Kopfschmerz, Uebelkeit, Schwindel verfiel er in einen aphasischen Zustand, in welchem er wohl die Reden hörte und verstand, aber nicht antworten konnte. Darauf fiel er in einen halbstündigen Schlaf. Nach dem Erwachen hatte er noch über Mattigkeit, Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit zu klagen. Am nächsten Tage war er wieder wohl.

Am 31. August wieder ein Anfall von migraine ophthalmique (im äusseren oberen Quadranten des linken Gesichtsfeldes wellenförmig sich rasch bewegende intensiv lichte Strahlen mit zahlreichen kleinen feurigen Punkten, ausserdem eine nach unten und rechts offene, nicht ganz regelmässige mit spitzen Zacken versehene strohgelbe Kreislinie, welche sich von unten rechts nach links oben bewegt, wo sie verschwindet, um rechts unten wieder zu erscheinen und die Bewegung zu wiederholen, während

die Zacken auch in schwingender Bewegung sind). Nach dem etwa 1/4stündigen Anfall noch eine Zeit lang Gefühl von Schwäche und Farblosigkeit aller Gegenstände, die nur bei scharfem Fixiren ihr gewöhnliches Gepräge erhielten.

Am 15. September der letzte bekannte Anfall von migraine ophthalmique, der gleichfalls nur 1/4 Stunde dauerte, ziemlich ähnlich dem vorangegangenen.

P. macht auf die gesetzmässige Folge der Stadien bei der Entwicklung der Störungen und ihrem Schwinden (Dissolution und Reevolution) aufmerksam. Bei der Sprachstörung zeigte sich vor der Bewusstseinspause zuerst motorische Aphasie, dann Worttaubheit, daneben Paragraphie, nach der Bewusstseinspause Worttaubheit, Echolalie ohne Verständniss des Nachgesprochenen mit gelegentlicher Paraphasie; allmählig zurückkehrendes Wortverständniss, motorische Aphasie; allmähliger Rückgang derselben, daneben noch bis zum Schluss gelegentlich Paragraphie. Die 2 ersten der Stadien, die bei der Rückbildung transitorischer Worttaubheit anscheinend regelmässig beobachtet werden, sind hier vorhanden.

Bei der Dissolution im Gebiete des Sehens ist bemerkenswerth der Verlust des Farbensinns bei noch vorhandenem Licht- und Formensinn, welche erst später schwinden, ausserdem die im Beginne des Anfalls als anscheinend centrales Scotom sich manifestirenden Erscheinungen, da transitorische positive Scotome sehr selten sind. Die beiden einzigen Fälle aus der Literatur, welche P. aufgefunden hat, wurden gleichfalls bei Hemicrania ophthalmica beobachtet (Parry und Hilbert). Hoppe.

---

34) **Rubens Hirschberg**: Névrose paresthésique chez une dégénérée héréditaire.

(Revue neurologique Nr. 6, 1894.)

Von Collino (New-York) wurde im verflossenen Jahre als Parästhesic Neurosis (Boston Journ., Sept. 14, 1893) eine Neurose beschrieben, welche durch das isolirte Auftreten von Parästhesieen characterisirt ist; einen Zusammenhang der fraglichen Gefühlsstörungen (Ameisenkriechen, Prickeln, Bohren etc.) mit hereditärer neuropathischer Disposition, Neurasthenie und Hysterie stellt der Autor in Abrede. H. glaubt nachstehende Beobachtung dem Gebiete der Neurosis parästhetica zuweisen zu dürfen.

Eine 28jährige, erblich schwer belastete, seit 8 Jahren verheirathete russische Jüdin wurde im Gefolge von Aufregungen, welche sie des Appetits und Schlafes beraubten, von einem Schmerze zwischen den Schultern heimgesucht, der im Verlaufe von 10 Tagen eine qualvolle Höhe erreichten. Dieser Schmerz persistirte bald zu-, bald abnehmend ein halbes Jahr und veranlasste die Aerzte, die Kranke nach Franzensbad zum Gebrauche von Moorbädern zu schicken. Die schmutzartige Masse dieser Bäder flösste ihr einen grossen Ekel ein, so dass sie sich nur mit grossem Widerwillen zum Gebrauch derselben entschloss. Nach dem dritten Bade wurde die Patientin auf der Strasse am Rücken von einer sonderbaren Sensation heimgesucht; es schien ihr, als wenn Frösche auf ihrem Rücken hin und her spazierten. Von diesem Momente an verschwand der Schmerz, welcher den Anlass iherer Sendung nach Franzensbad bildete, um den seltsamsten Parästhesieen

am Rücken Platz zu machen. Die Zungen ekelhafter Thiere beleckten ihn, Räder gingen über denselben hinweg; zuweilen war es Wolle, die ihn berührte, zuweilen Tropfen heissen Wassers, welche die Haut verbrannten. Mitunter hatte sie die Empfindung, als ob ihr Körper (aber nur der Rücken) sich zersetze, ein anderes Mal bewegten cich Würmer vom Nacken nach abwärts am Rücken etc. Diese Parästhesieen breiteten sich nie auf den Kopf und die Extremitäten aus. Hallucinationen im Bereiche der höheren Sinne bestanden nicht. Die Kranke ist beständig von den Parästhesieen belästigt. Sie vergisst dieselben zuweilen, wenn ihre Aufmerksamkeit abgelenkt ist. Die Exploration ergiebt nichts, was zur Erklärung der Parästhesieen dienen könnte. Die Hautsensibilität ist überall normal, das Allgemeinbefinden gut, Intelligenz und Urtheilsvermögen zeigen sich völlig intact. Die Kranke hat schon eine Menge von Aerzten consultirt und alle möglichen Behandlungen ohne den geringsten Nutzen versucht. H. weist auf die schwere erbliche Belastung der Patientin hin, welche nach seiner Ansicht die Schwere der Parästhesieen erklären soll. Die von Collins beschriebenen Fälle würden dann sich zu dem von ihm beobachteten verhalten wie ein Fall leichter Neurasthenie zu einer schweren Neurasthenie mit Zwangsvorstellungen bei einem Dégénéré. H. hält die Patientin nicht für geisteskrank, wagt es jedoch nicht, zu entscheiden, ob bei derselben nicht die Prodomalperiode einer Psychose vorliegt.

L. Löwenfeld.

35) **Antoine Mavroukakis**: Die Wirksamkeit der Autosuggestion bei der Nosophobie oder Pathophobie.

(Zeitschr. f. Hypn., Juli 1994, Heft X.)

M. beobachtete zwei Nosophoben, von denen der eine Furcht vor Epilepsie, der andere Furcht vor Tabes hatte. Beide lasen mit Eifer medicinische Abhandlungen und brachten es durch das Studium der Symptome der gefürchteten Krankheit auf autosuggestivem Wege dahin, dass der eine einen epileptiformen Anfall bekam, beim anderen ataktischer Gang und Fehlen des Kniephänomens auftrat.

Der erste Fall betraf einen 21jährigen Schlächtergesellen L. C., welcher erblich schwer belastet war (Vater Alcoholiker, Mutter hysterisch) und verschiedene Degenerationszeichen aufwies, (Makrocephalie, Hasenscharte, ein Hoden, Hypospadie). Eines Tages sah er einen Epileptiker im Anfall, welcher Anblick ihn sehr erschreckte, und von diesem Augenblicke an beherrschte ihn die Furcht, epileptisch zu werden. Er consultirte Aerzte, ohne dadurch Beruhigung zu erlangen, las medicinische Werke über die Krankheit, was seine fixe Idee nur noch mehr befestigte. Tag und Nacht untersuchte er sich und erwartete täglich die 3. Stunde Nachmittags mit grösster Angst. Er wird auch gegen 3 Uhr seit einiger Zeit bleich, zittert und leidet ausserordentlich. In der Klinik Dr. Berillon's kam er unglücklicher Weise dazu, als einer der Kranken einen epileptischen Anfall hatte Ueberrascht von dem Anblicke fiel er zu Boden: Gesicht todtenbleich, Puls 120, 40 Respirationen, die Glieder biegsam, das Sensorium nicht aufgehoben, Pupillen gut reagirend, doch etwas Schaum vor dem Munde. Der Anfall währte 4 Minuten und endete mit einem starken Schweissausbruch. Der Kranke wurde nicht weiter beobachtet.

Im Fall 2 handelt es sich um einen 43jährigen, unverheiratheten Kaufmann, bei welchem neben erblicher Belastung eine seit dem 3. Lebensjahre datirende Kinderlähmung bestand. Seit dem 10. Lebensjahre Furcht vor leeren Räumen, seit dem 23. Jahre ausgeprägte Agoraphobie. Der Patient erlitt, während er an Influenza erkrankt war, eine sehr heftige seelische Erschütterung (schwerer Vermögensverlust durch Untreue eines Angestellten). Von diesem Augenblicke an zeigten sich gewisse Coordinationsstörungen, die aber nach einigen Tagen verschwanden. Hiedurch wurde beim Patienten die Furcht vor Tabes, von welcher er bei einem Freunde hatte sprechen hören, angeregt und diese wurde zur fixen Idee, welche ihn veranlasste, die Beschreibung der Krankheit in medicinischen Büchern zu studiren und verschiedene Aerzte zu consultiren. Unter dem Einfluss dieser Idee traten eines Tages gewisse Tabessymptome, Mangel des Kniephänomens, ataktischer Gang und Romberg'sches Zeichen auf. Die Untersuchung ergiebt folgenden Status: Gang schwerfällig, doch nur dann ataktisch, wenn Pat. darauf achtet. Er kann, wenn er an sein vermeintliches Leiden nicht denkt, eine Treppe heruntergehen, ohne sich auf einen Stock oder das Geländer zu stützen, auch auf der Strasse ohne Schwierigkeiten gehen. Sobald ihn jedoch die Furcht befällt, schwankt er wie ein Betrunkener. Er bietet das Romberg'sche Zeichen dar, aber durch die Suggestion, dass er nicht fallen werde, kann er dahin gebracht werden, dass er 10 Minuten mit schlossenen Augen und aneinander gedrückten Füssen ohne Schwanken steht. Die Kniephänomene fehlen, aber bei Anwendung der Electricität treten sie sogleich wieder auf. Die übrigen Sehnenreflexe sind erhalten, das Pupillenverhalten ist normal; objective Störungen der Sensibilität, ebenso wie Störungen seitens der Blase und des Mastdarmes fehlen. Die linke Unterextremität ist atrophisch. Bemerkenswerth ist noch, dass die Vorstellung der Tabes den Kranken nur periodisch beherrscht, in der Zwischenzeit befindet er sich viel wohler. Der Fall bildet offenbar ein Seitenstück zu der von Kowalewsky (dieses Centralblatt 1885, Nr. 15) mitgetheilten und als Tabes dorsalis illusoria bezeichneten Beobachtung. Bemerkenswerth ist der Umstand, dass in dem Falle Kowalewsky's die Patellarreflexe vorhanden waren, während sie beim Kranken M.'s mangelten, bei Anwendung von Electricität jedoch sich sofort hervorrufen liessen.

L. Löwenfeld.

86) **M. Lannois:** Paralysie agitante chez un jeune sujet.
(Lyon médic. 1894, Nr. 14.)

18jähriger junger Mann aus angeblich ganz gesunder Familie, der im 11. Lebensjahre eine acute fieberhafte Krankheit, anscheinend Scharlach, durchmachte, auf die bald nachher (wenige Monate) das Kind ein anfangs leichtes, dann langsam progressiv stärker werdendes Zittern bekam, das noch heute fortbesteht. Psychische Aufregung soll zur Zeit der Entstehung nicht gewesen sein.

Bei der Aufnahme machte der Kranke einen infantilen (höchstens von 12 Jahr) Eindruck, sowohl hinsichtlich seiner somatischen (keine Abzeichen der Pubertät, unentwickelte Genitalien, Bartlosigkeit etc.) als auch seiner intellectuellen Eigenschaften. — Das Zittern fällt sehr deutlich in den Oberextremitäten in ihrer Gesammtheit auf; es ist unregelmässig, gleichsam

rhythmisch (8—9 Schwingungen in der Sekunde, manchmal auch ein wenig mehr). Bei Aufregungen nimmt es zu, in der Ruhe hört es nicht auf, wohl aber während des Schlafes. Intendirte Bewegungen lassen es geringer werden, aber nicht verschwinden. Auch an den Unterextremitäten macht sich das Zittern bemerkbar, besonders im Liegen an den Zehen. — Bei aufrechter Stellung fühlt man die Zitterbewegungen auch am Rumpfe. Kinn, Zunge und Orbitalmuskeln sind frei. Die Sprache ist nicht verlangsamt, sondern ganz normal Beim Gehen und Aufrechtstehen nimmt der Kranke die für Schüttellähmung characteristische Haltung an. Sensibilität überall normal, desgleichen die Reflexe. Nur klagt der Kranke über sehr starkes Hitzegefühl am ganzen Körper, besonders des Abends und des Nachts.

Das geschilderte Krankheitsbild ist das characteristische der Paralysis agitans; nur die Häufigkeit der Oscillationen (9 anstatt 3 6 nach Charcot) bietet Abweichung von der Norm. Ferner ist das Alter des Patienten auffällig (für gewöhnlich über 30 Jahr). — Als ätiologisches Moment lässt sich nur die acute Infectionskrankheit ausfindig machen. L. giebt einige auf die beiden letzten Punkte bezügliche Einzelheiten. Buschan.

---

37) **Vedeler**: Impotentia feminarum.

(Norsk Magazin f. Lægevidenskaben 1894, 55. Jahrgang, S. 183)

Der Verf. spricht hier ausschliesslich von der impotentia voluptatem percipiendi, eine Abnormität, welche in der Literatur sehr wenig erwähnt wird. Man kann in dieser Beziehung noch zwischen der eigentlichen sexuellen Lust und der Fähigkeit den Orgasmus, das heisst „das summum des geschlechtlichen Paroxysmus“ zu empfinden, scheiden.

Der Geschlechtstrieb wird hauptsächlich durch psychische Eindrücke geweckt. Vom Centrum aus pflanzt sich der Eindruck nach den Genitalien ort. Eine Irritation der Geschlechtsorgane hat bei Weitem nicht dieselbe Wirkung, was die Intensität der Geschlechtslust betrifft. Bei Mangel an Geschlechtslust liegt die Ursache wieder hauptsächlich im Nervensystem. Sie kann umgekehrt vollkommen normal sein bei Fehlen der Clitoris oder selbst bei doppelseitiger Castration; ebenso bei completer Amenorrhoe (in 10 von 14 vom Verf. observirten Fällen).

Im Ganzen ist der angeborene Mangel der Geschlechtslust ziemlich selten, der erworbene etwas häufiger, am häufigsten bei neurasthenischen und hysterischen Individuen. Auch sehr intensive Gehirnarbeit, psychische Depression, eine reichliche Fettentwicklung kann eine Herabsetzung der Geschlechtslust herbeiführen.

Die Fähigkeit den Orgasmus zu empfinden kann durch Mangel an Sympathie dem Ehegatten gegenüber, durch unvollständige Virilität des Mannes, durch geschlechtliche Excesse oder schmerzhafte Affectionen der Genitalorgane verloren gehen.

Die genannten Zustände sind oft sehr schwierig zu heilen. Der Verf. empfiehlt temporäre totale Abstinenz neben Anwendung von beruhigenden und roborirenden Mitteln.

Koch (Kopenhagen).

---

38) **Erben:** Zur Klinik und Pathologie der Ischias.
(Wien. klin. Wochenschr. 1894, 47.)

Verf. untersuchte 160 Ischiaskranke und konnte bei 147 derselben constatiren, dass sich das schmerzbefallene Bein an bestimmten Partien kälter anfühlte. Da von den übrigen 13 Kranken 12 aus ässseren Gründen nicht genau darauf untersucht werden konnten, glaubt Verf in dieser Temperaturherabsetzung ein constantes, oft recht werthvolles objectives Symptom gefunden zu haben. In 19 Fällen fühlte sich das ganze Bein kälter an, in der Mehrzahl beschränkte sich die Kälte nur auf bestimmte Partien; meist war die Haut über der Kniescheibe kälter, häufig auch die Wade und die Haut über dem Glutaeus max. Neben der Temperaturherabsetzung bestand oft cyanotische Färbung. Verf. constatirt ferner, dass der Grad des Schmerzes nicht mit dem Grad der Kälte correspondirt, sowie dass die häufigen Schwankungen in der Kälte und die des Schmerzes nicht synchron sind. Er erklärt die Kälte für eine Circulationsstörung an den betr. Stellen, bestehend in einem Gefässkrampf durch ein Ueberwiegen der Thätigkeit der Vasoconstrictoren. Dieser Gefässkrampf wird unvermittelt durch die Affection der Hüftnerven erzeugt.

Lehmann (Werneck).

---

39) **R. Köhler:** Myxödem auf seltener Basis. (Vortrag in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 9./III. 1894.)
(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 41.)

Der Beobachtung eines Myxödems in Folge syphilitischer Entartung der Schilddrüse, welche K. vor einiger Zeit mitgetheilt hat, reiht K. einen noch selteneren Fall an, wo das Myxödem die Folge einer actinomykotischen Erkrankung der Schilddrüse war und mit Heilung der Actinomykose schwand.

Der Fall betrifft eine 25jährige Meierin, welche Juli 1893 zuerst eine Anschwellung mit Röthung an der vorderen Seite ihres Halses bemerkte. Circa 1/4 Jahr später traten Anschwellungen des Gesichts, der Hände und Füsse auf, während sich eine zunehmende Schwerfälligkeit des Körpers und Geistes entwickelte und nach und nach ein Taubheitsgefühl in den Extremitäten entstand, das sich bis in die Finger- und Zehenspitzen erstreckte. Unterdess war sie, nachdem in Folge von Breiumschlägen sich aus der Geschwulst Blut und Eiter entleert hatte, 5 mal von verschiedenen Aerzten operirt worden. Nach der letzten Operation in der chirurgischen Klinik sistirte die Eiterung eine Zeit lang. Als jedoch die Geschwulst nach einiger Zeit wieder aufbrach, begab sich Pat. in die Charité zur stationären Behandlung.

Bei ihrer Aufnahme am 6. März 1893 machte sie den Eindruck einer völlig dementen Person. Gesicht, Lippen und Extremitäten waren geschwollen, von prall elastischer Consistenz, die Zunge war so dick, dass das Sprechen erschwert war, das Gesicht fast unbeweglich, die Haut spröde, trocken und abschilfend. Sie lag theilnahmlos zu Bett, zeigte häufigen Stimmungswechsel und war manchmal ganz unbesinnlich.

An der vorderen Halsseite, vom unteren Rande der Cartil. cricoidea bis zum Jugulum reichend, eine handtellergrosse mässig harte Anschwellung

der Haut, die an einzelnen Stellen livide gefärbt und ausserordentlich dünn war, während an anderen sich scleröse Processe durch die ganze Dicke der Haut erstreckten. Später zeigten sich fluctuirende Stellen, aus welchen sich etwas Eiter entleerte. Derselbe liess die für Aktinomykose characteristischen Pünktchen erkennen, welche sich auch microscopisch als Strahlenpilze auswiesen.

Nach gründlicher Entfernung der erkrankten Haut zeigte sich die vordere Hälfte der Schilddrüse völlig zerstört. Die kranken Theile wurden ausgelöffelt und ebenso wie die umgebenden von Haut entblössten Theile verschorft. Von nun an gingen die Erscheinungen des Myxödems alle zurück. Die Heilung war bei der Berichterstattung beinahe vollendet.

Hoppe

---

40) **P. Marie:** Sur la nature de la maladie de Basedow. Soc. méd. des hôp. (Bericht in La Semaine médic. 1894, Nr. 13 und La Bull. médic. 1894, Nr. 16.)

M. geht von den gelegentlich der Behandlung von Myxödem durch Einverleibung von Schilddrüsensaft öfters beobachteten unangenehmen Folgeerscheinungen aus, die mit den Symptomen der Basedow'schen Krankheit grosse Aehnlichkeit aufweisen (Tachycardie; Temperatursteigerung, Schlaflosigkeit, Agitation, Polyurie, Albuminurie, unvollständige Paraplegie, Hitzegefühl, übermässige Schweisse, Diarrhöen) und erblickt hierin die Bestätigung der von Gauthier und Möbius aufgestellten Theorie, dass eine Anomalie der Schilddrüsenfunction das ätiologische Moment für die Entstehung des Symptomencomplexes abgebe. Indessen steht er insofern mit einer davon abweichenden Ansicht da, als er annimmt, dass in erster Linie eine Läsion des Nervensystems, vielleicht des Sympathicus, vorliege und dass erst unter dem Einflusse dieser Functionsstörung eine Hyperaction der Schilddrüse entstünde, die eine „Hyperthyroidation“ des ganzen Organismus, mithin eine Reihe von Basedow-Symptomen, zur Folge habe.

Für solche Auffassung führt M. folgende Argumente an. Bei der Behandlung des Myxödems mittelst Thyreoïdealsecretes hat man unter den dabei sich einstellenden Vergiftungserscheinungen niemals Exophthalmus noch das Gräfe'sche Zeichen bisher beobachtet; umgekehrt hat man diese Symptome nach operativer Behandlung der Struma in einer ganzen Reihe von Fällen nicht schwinden sehen. Demnach können dieselben unmöglich durch eine abnorme Thätigkeit der Schilddrüse bedingt sein. — Ferner läst sich die Schilddrüsentheorie (nach Gauthier-Möbius) schlecht mit dem in Einklang bringen, was wir über die Aetiologie der Basedow'schen Krankheit wissen. M. hat hierbei im Besonderen die urplötzliche Entstehung derselben in Folge einer starken Emotion im Auge. Schliesslich betont M. noch das Zusammentreffen von Morbus Basedowii und Tabes, einem Zustande, bei dem das ganze Nervensystem in allen seinen Theilen alterirt erscheint und gleichfalls eine Hypersecretion einzelner Drüsen, (scalarrhoe, gastrorrhoe, fluxus intestinalis, Nierenhypersecretion etc. nach Pierret u. Féré) beobachtet wird.

Da also eine ganze Reihe von Symptomen der Basedow'schen Krankheit der Ausdruck einer Hyperthyroidation des Organismus ist, so hält M. eine Behandlung mittelst Schilddrüsensaft, wie solche von verschiedenen Seiten in der jüngsten Zeit empfohlen worden ist, nicht nur für contrain-

dicirt, sondern sogar für schädlich, denn ein therapeutischer Versuch Canter's habe kürzlich gezeigt, dass die Schilddrüsensaft-Behandlung die meisten Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit steigere. Demgegenüber möchte ich hervorheben, dass angeblich gerade durch Einverleibung von Thyroidealsecret ein Fall von Morbus Basedowii geheilt sein soll (Owen, Brit. med. journ. 1893, S. 1211) und dass andrerseits in zweien Fällen von Basedow'scher Krankheit Einspritzung von Schilddrüsensaft ganz reactionslos verlaufen ist (Mackenzie, Lancet 1883. II Oct. 21) Man sieht hieraus, die Schilddrüsentheorie zur Erklärung der Basedow'schen Krankheit ist und bleibt eine geistreiche Hypothese, der die klinischen Beobachtungen direct widerstreiten, wie ich an anderen Orten wiederholt des Ausführlichen klar gelegt habe.

Zum Schluss sucht Marie die operative Behandlung der Krankheit zu rechtfertigen. Leider verfällt er auch in den Fehler, dass er die angeblich geheilten Fälle nicht selbst auf ihren Ausgang prüft, sondern einfach die Statistik Putnam's wiedergibt. Hätte er einen jeden operirten Fall auf die Anamnese und das Endresultat hin analysirt, so hätte er sicherlich nicht 80 % Erfolge herausbekommen. Buschan.

---

41) **Booth, Arthur:** Some clinical notes on eight cases of exophthalmic goitre. (Manhattan Eye and Ear Hospital Reports 1894, January.)

42) **Booth, Arthur:** A brief review of the thyreoid theory in Graves' disease. (Journ. of nerv. and mental dis. 1894, August.)

Die erste der beiden Abhandlungen enthält eine Casuistik von 8 Fällen von Basedow'scher Krankheit, die indessen nichts Besonderes darbieten, umsoweniger, da bei einzelnen keine Therapie eingeleitet wurde. Uebrigens erscheint es dem Referenten fraglich, ob alle diese Fälle dem rechten Morbus Basedowii zuzuzählen sind. In der zweiten Abhandlung wiederholt der Verfasser die immer von Neuem vorgebrachten Möbius'schen Argumente zu Gunsten der Schilddrüsentheorie, und theilt zwei von ihm beobachtete Fälle von partieller Strumektomie mit.

In dem einen handelt es sich um ein 24jähriges Mädchen, dessen Familiengeschichte negativ ist. Vor 2 Jahren fiel ihr zum ersten Male eine Zunahme des Halsumfangs, 3 Monate später ein Hervortreten der Augen auf. Nach weiteren 6 Monaten will sie die ersten Palpitationen und gleichzeitig Athembeschwerden verspürt haben. — Bei der Untersuchung wurde abgesehen von den sogenannten 3 Cardinalerscheinungen (150 Puls) eine beiderseitige Pupillendilatation gefunden. Eine 6 Monate lang durchgeführte galvanische und medicamentöse Behandlung hatte eine sichtliche Besserung in allen Erscheinungen zu Folge, die aber nach Aussetzen der Behandlung wieder in das Gegentheil umschlug. Im November 1893 Strumaresection. Heilung der Wunde per primam. Nach 7monatlicher Beobachtungszeit hat sich eine fortschreitende und entschiedene Besserung in allen Erscheinungen, im Besonderen in Bezug auf die verschiedenen nervösen Erscheinungen, z. B. Schlaflosigkeit, Ruhelosigkeit, Blutandrang zum Gesicht, excessives Schwitzen und Palpitationen" eingestellt. Der Puls betrug im Oktober 1893 136, im November 146, im Dezember und Januar 1894 120, im Februar 110, im März und April 104 Schläge.

Nach Ansicht des Referenten handelt es sich im vorliegenden Falle um keinen wirklichen Morbus Basedowii, sondern eher um eine Sympathicusaffection, bedingt durch die vergrösserte Schilddrüse.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein 26jähriges Mädchen, bei dem die Aufeinanderfolge der 3 Kardinalerscheinungen die gleiche wie oben war. Im Mai 1893 wurde die Operation ausgeführt. Ein Jahr nach der Operation war der Exophthalmus geschwunden; „der Puls, der früher 140 Schläge betrug, ist jetzt auf ungefähr 100 Schläge zurückgegangen, und die nervösen Erscheinungen sind geschwunden."

Auch hier scheint ein falscher Morbus Basedowii vorgelegen zu haben. — Hereditäre Belastung fehlt in beiden Fällen; das ursächliche Moment war keine psychische Aufregung. Die nervösen Erscheinungen bestanden ausser in den vasculären Symptomen nur noch in Schlaflosigkeit und Schwitzen. Von Tremor, psychischen Erscheinungen, Hautaffectionen, Glykosurie, Diarrhöen etc. wird nichts erwähnt. — Eine Heilung ist durch die Operation nicht gelungen, gewiss aber eine ziemliche Besserung.

Buschan.

---

43) **E. Perregaux**: Ueber Morbus Basedowii.
(Correspbl. f. Schweiz. Aerzte 1894, Juli.)

Verf berichtet über 2 selbst beobachtete Fälle, die manches Interessante hinsichtlich der Symptomatologie darbieten. Einige Einzelheiten seien davon erwähnt. — Im ersten Falle handelte es sich um einen hereditär bedenklich belasteten 19jährigen Jüngling, bei dem das Herzklopfen als erstes Symptom zwar schon vor 5 Jahren bestand, aber erst in Folge ungemein schlechter Behandlung von Seiten seines Lehrherrn sich bedeutend verschlimmerte. Gleichzeitig traten wöchentlich mehrere Male nächtliche Krämpfe und Wuthausbrüche auf, die bei theilweise erhaltenem Bewusstsein mehrere Stunden lang anhielten und sich mit erneuter Vehemenz stets einstellten, wenn der Kranke seines Meisters ansichtig wurde. P. hält dieselben für hysterischer Natur, zumal da gleichzeitig totale Hemianästhesie und Gesichtsfeldeinschränkung auf der rechten Seite bestand.

Im zweiten Fall entstand das Leiden unmittelbar im Anschluss an starke psychische Aufregungen. Im Verlaufe desselben trat in Folge eines Traumas eine peripherische Lähmung der vom nerv. circumflexus, suprascapularis und radialis versorgten Muskeln hinzu.

Verf. knüpft an diese beiden Beobachtungen noch einige die Symptomatologie betreffende Bemerkungen. Er kommt zu dem Resultat, dass dem Tremor kein diagnostischer Werth für die Krankheit zukomme, wohl aber dem Verhalten bezw. den Schwankungen des relativen Widerstandsminimums der Haut, wie er auch an seinem Krankenmaterial constatiren konnte.

Hinsichtlich der Therapie stellt er Höhenklima und Electrotherapie obenan. Da das Leiden seiner Ansicht nach eine Neurose des centralen Nervensystems vorstellt, so empfiehlt er, gegebenen Falls mit der Hypnose einen Versuch zu machen.

Buschan.

III. Therapie.

45) **A. Smith** (Marbach a. Bodensee): Welche Stellung sollen wir Aerzte der Alcoholfrage gegenüber einnehmen?
(Berliner klin. Wochenschr. 1894, Nr. 37.)

Obgleich der auf der 25. Wanderversammlung südwestdeutscher Irrenärzte (11. und 12. Nov. 1893 gehaltene Vortrag bereits unter den Original-Vereinsberichten referirt worden ist (Februarheft 1894, S. 103), möchte Ref. doch nicht verfehlen, auf den vom Verf. ausführlich wiedergegebenen Vortrag wegen seiner Bedeutung noch einmal aufmerksam zu machen.

Es ist ein warmer Appell an die Aerzte, die auch von Strümpel in seinem berühmten Vortrage getadelte Indolenz gegenüber der Alcoholfrage abzulegen, mit der bisherigen Behandlung derselben, „wie sie ihm von der Universität her gewohnt ist", mit der Auffassung des Bierphilisters gründlich zu brechen und sich an die „weniger angenehm klingenden" Thatsachen aus der Physiologie und der psychiatrisch-klinischen Erfahrung zu halten.

Mit besonderer Schärfe wendet sich S. gegen das gedankenlose Verordnen von Alcoholicis bei Kindern und Reconvalescenten. Es ist hier ebenso entbehrlich wie als Stimulans bei acuten Infectionskrankheiten, bei denen nach S. eine Menge von Delirien entschieden Alcoholdelirien sind, hervorgerufen „durch die ärztliche Unsitte, bei Fieber sofort mit Cognac oder schweren Weinen" vorzugehen. Potatoren zu Vermeidung eines Deliriums Alcohol zu verabreichen, ist auch nach Ansicht des Ref. das falscheste, was man thun kann. Ein Delirium in Folge von Alcoholabstinenz, wie es der Phantasie der Aerzte, auch vieler klinischer Professoren, vorschwebt, giebt es einfach nicht; dies beweisen die Erfahrungen der Irrenanstalt. Alcohol verhält sich in dieser Beziehung gerade entgegengesetzt wie Morphium.

S. stellt auch die Forderung, an den Irren- und Nervenheilanstalten den Alcohol wegen seiner schädigenden Wirkungen auf das Centralnervensystem vollständig abzuschaffen. Ebenso radical ist sein Appell an die Aerzte, selbst vollständige Abstinenz zu üben, um ihren Anschauungen über die Verderblichkeit des Alcohols den gehörigen Nachdruck zu geben. Da, wie S. mit Recht hervorhebt, die Grenze zwischen Mässigkeit und Unmässigkeit völlig unbestimmt und unbestimmbar ist, so kann es keine Frage sein, dass Diejenigen, welchen es mit dem Kampfe gegen den Alcoholismus Ernst ist, vor allen Dingen selbst dem Alcohol ganz entsagen müssen. Hier wie anderwärts gilt vor Allem der Spruch: Exempla trahunt.

„Die Stellung des Arztes der Alcoholfrage gegenüber soll die sein: durch eigenes Beispiel und durch Belehrung nach Aussen die Abstinenz von allen alcoholhaltigen Getränken zu fördern und jede Gelegenheit wahrzunehmen, diese Stellung auch den Trinkunsitten der Gesellschaft gegenüber zu begründen und aufrecht zu halten." — Dass man sich mit Leichtigkeit von alcoholischen Getränken enthalten kann, ohne der Gesellschaft und der Geselligkeit zu entsagen, hat Ref., welcher von der Richtigkeit der Ausführungen des Verf. durchdrungen, sich veranlasst gesehen hat, vollständiger Abstinenzler zu werden, an sich selbst erprobt. Hoppe.

---

46) **Otto Backofen**: Ueber die Wirkung des Trional.
(Inaug.-Dissert. d Univers. Freiburg 1894. Ebendas.)

Verf. giebt eine anscheinend vollständige Uebersicht der über das Trional und seine Anwendung existirenden Literatur, wobei er über jede

dieser Arbeiten im Auszuge referirt. Er hat hieraus den Gesammteindruck gewonnen, dass bezüglich der ausgezeichneten Eigenschaften dieses Hypnoticums eine solche Einmüthigkeit im Urtheil herrscht, wie sonst wohl nie bei therapeutischen Mitteln. — „Die Vorzüge des Trionals beruhen in erster Linie auf seiner fast unbedingten Zuverlässigkeit und Wirksamkeit gerade denjenigen Zuständen von Schlaflosigkeit gegenüber, die am schwersten, namentlich auf längere Dauer zu bekämpfen sind.“ So bei sogen. primärer Schlaflosigkeit — „hier scheint das Mittel überhaupt nicht zu versagen“ —, bei Geisteskrankheiten, im Besonderen bei schweren maniakalischen Zuständen, so wie bei alcoholischen Erregungszuständen, auch bei Morphio-Cocainismus. Vor dem Sulfonal bietet das Präparat den Vorzug, dass es schon in geringeren Gaben und viel schneller wirkt, sowie dass die etwa auftretenden Nebenerscheinungen (zumeist Schwanken und mässige Benommenheit, sehr selten Erbrechen) noch geringfügiger sind als beim Sulfonal. Im Besonderen scheinen gerade solche Kranken, die mit schweren Herzfehlern behaftet sind, das Trional auch in lang fortgesetzten Dosen gut zu vertragen und eine wesentliche Erleichtung ihres qualvollen Zustandes dabei zu gewinnen.

Zum Schlusse berichtet der Verfasser noch über Thierversuche, die in dem pathologischen Institute zu Freiburg mit dem Trional angestellt wurden und das Resultat ergeben haben, dass die Wirkung schneller eintritt, als beim Sulfonal, auch länger anhält, und dass schliesslich (bei enorm hohen Dosen) auch der Tod die Folge sein kann.

Buschan.

---

46) **H. Hildebrandt** (Elberfeld): Zur Darreichungsart des Trionals. (Aus dem pharmacologischen Laboratorium zu Elberfeld.)

(Allg. med. Centralzeitung Nr. 63, 1894.)

Verf. berichtet über von ihm gemachte Versuche an Kaninchen. Es ergab sich, dass Thiere, welche CO_2-haltige Trionallösung erhielten, früher und intensivere Trionalwirkung zeigten, als solche, welche rein wässerige Lösung erhalten hatten. Trional in alcalischer Lösung ohne CO_2 erwies sich nicht wesentlich wirksamer, als rein wässerige Lösung, dagegen eine Lösung in CO_2-haltigem destillirten Wasser wirksamer als wässerige Lösung ohne CO_2. Nach Ansicht des Verf. ist bei Uebertragung dieser Erfahrungen auf die Anwendung des Trionals beim Menschen zu erwarten, dass (abgesehen von der besseren Wirkung) schon geringere Dosen als die bisher üblichen ausreichen werden.

Boedeker (Lichtenberg.)

---

47) **C. Schaumann:** Ueber den Einfluss des Sulfonal und Trional auf den Stoffwechsel beim Menschen. (Aus der medic. Poliklinik des Prof. v. Mering zu Halle.)

(Therapeutische Monatshefte 1894, August.)

Verf. berichtet über an sich selbst gemachte Versuche, die zu dem Ergebniss geführt haben, dass weder Trional noch Sulfonal in sehr grossen Dosen den Stoffwechsel irgendwie beeinflussen. Der fehlende nachtheilige Einfluss auf den Eiweisszerfall im Organismus verleihe den Mitteln einen

wesentlichen Vorzug vor dem Chloralhydrat, dem ausserdem noch schädigende Wirkungen auf Herz und Gefässe zukämen.

Boedeker (Lichtenberg.)

---

48) **Arthur Sperling**: Die therapeutische Bedeutung der minimalen galvanischen Ströme.

(Vortr. in der Berl. medic. Gesellsch., Berl. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 18.)

In einem längeren Vortrag plaidirt S. für die bereits anderweitig von ihm empfohlenen minimalen galvanischen Ströme, die er bei Neuralgien, motorischen Störungen, Magenneurosen und Beschäftigungsneurosen bei im Ganzen 82 Fällen erprobt haben will, und kritisirt die Einwendungen, welche seinem Verfahren gegenüber gemacht worden sind. Am Schluss seiner mit vielfachen Speculationen und Theorien untermischten Ausführungen fasst S. die Resultate seines Vortrages in folgende Sätze zusammen:

1. Elektrische Ströme besitzen zu den Lebensvorgängen im menschlichen Organismus Verwandtschaft, sie sind für die Lebensprocesse der Gewebe adäquate Reize.
2. Es besitzen diese Eigenschaft starke und schwache, hoch und niedrig gespannte Ströme. Kranken Geweben sind am meisten adäquat minimale Ströme (0,5—0,1 M. A.), die als spezifisch adäquat bezeichnet werden sollen, wenn sie im Stande sind, das kranke Gewebe zur Norm zurückzuführen.
3. Für einige krankhaft veränderte Gewebe sind die minimalen Ströme absolut nicht spezifisch adäquat, z. B. für die centralen Störungen, welche die Grundlage der Epilepsie bilden.
4. Theoretisch muss der spezifisch adäquate Reiz bei jedem Kranken dem Grade nach u. s. w. verschieden sein. Die individuelle Verschiedenheit des Krankheitsprocesses bei verschiedenen Kranken verlangt es so. Das wäre ideale Heilkunst. Die Umsetzung dieser Theorie in die Praxis ist natürlich unmöglich.
5. Starke elektrische Ströme können auf einen kranken Körper in zweierlei Art wirken:
   a. durch Elektrolyse, durch Fortschaffung der Krankheitsprodukte,
   b. durch spezifisch adäquaten Reiz, Verbesserung, Wiederherstellung der normalen physiologischen Function.
6. Die theoretische Wirksamkeit minimaler galvanischer Ströme kann nicht durch Elektrolyse erklärt werden; sobald sie heilen, so müssen sie direct auf das Gewebe wirken.
7. Die Wirkung des spezifiisch ädaquaten Reizes kann nicht in groben Gewebsveränderungen zu suchen sein. Sie besteht in der Zurückführung der krankhaften Molekularbewegung zur Norm.

In der Discussion, an welcher Mendel, Remak, Senator und Oppenheim Theil nahmen, wurden die Ausführungen Sperlings als einer festen positiven Grundlage entbehrend hingestellt und die Wirkung minimaler Ströme, wo dieselben eine solche entfalten, einfach durch Suggestion erklärt.

Hoppe

---

49) **S. H. Scheiber** (Budapest): Ueber das Verhältniss der Elektrotherapie zur Suggestionstherapie.

(Berlin. klin Wochenschr. 1894, Nr. 19, 21, 22.)

S. nimmt in diesem vor dem Budapester ärztlichen Verein gehaltenen ausführlichen Vortrage Stellung zu den bei der Frankfurter elektrischen Ausstellung von den Elektrotherapeuten discutirten Fragen, wobei er es für nothwendig hält, gegen die nihilistischen Thesen von Möbius und Rosenbach energisch aufzutreten und zu diesem Zwecke solche casuistische Fälle möglichst detaillirt zu veröffentlichen, bei denen die Suggestion mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden kann.

S. stellt zunächst eine Reihe von Fällen (aus der Litteratur und eigen beobachteten) zusammen, welche beweisen sollen, dass der elektrische Strom derartige Wirkungen entfalten kann, wie sie weder die Suggestion allein, noch die hypnotische Suggestion zu Stande bringen. Er sucht ferner darzuthun, dass der elektrische Strom ebenso wie bei Entzündungen anderer Gewebe auch bei organischen Erkrankungen des Nervensystems durch Beeinflussung der Circulation und der Ernährungsorgane umstimmend und heilend wirken kann.

Was die Heilbarkeit peripherer Nervenerkrankungen durch die Elektrotherapie betrifft, so theilt S. einen Fall von hartnäckiger Neuralgia coccygea mit, bei welcher alle Behandlungsmethoden (Narcotica, Antineuralgica, Bäder aller Art, Massage, elektrische Bäder, percutane Faradisation und Galvanisation) erfolglos blieben, bis die Anwendung des galvanischen Stromes in der Weise, dass die Anode mittels einer Sonde in den Mastdarm geführt, die Kathode mittels grosser breiter Platte auf's Steissbein applicirt wurde, bereits nach einigen Sitzungen auffallende Besserung und nach 4monatlicher Behandlung völlige Heilung brachte. Ein Rückfall, welcher nach einem Jahre eintrat, wurde bereits mit 7 Sitzungen geheilt. Die Heilung wurde hier, wie S. ausdrücklich betont, trotz des Sträubens und Widerwillens der Kranken gegen die unangenehme Procedur (selbst noch bei beginnender Besserung) erreicht.

Bei einem Fall, welchen S. zum Beweise der Heilwirkung der Elektrotherapie bei Muskel- und Nervenlähmungen anführt, scheint Ref. die Ausschliessung der Suggestion, welche S. darin sieht, dass schon bei der zu elektrodiagnostischen Zwecken vorgenommenen Untersuchung mit dem elektrischen Strom sofort eine auffällige Besserung eintrat, am allerwenigsten begründet, denn man wird schwer begreifen können, wie eine kurze Untersuchung mit dem elektrischen Strom im Stande sein soll, eine so beträchtliche Besserung eines alten Leidens herbeizuführen.

Als besonders beweiskräftig aber hält S. die bei kleinen Kindern (von 1, 2 und mehreren Jahren) erzielten Heilwirkungen der Elektrotherapie, weil bei denselben von einer Suggestion keine Rede sein kann. S. theilt 3 Fälle von spinaler Kinderlähmung mit, wo die Anwendung des elektrischen Stromes von hervorragender Wirkung und Suggestion (bei den ca. 1 Jahr alten Kindern!) selbstverständlich ausgeschlossen war. Im ersten Falle handelt es sich um eine anscheinend luetische, wahrscheinlich angeborene, rechtsseitige c e r e b r a l e K i n d e r l ä h m u n g bei einem Kinde von 11 Monaten, die in den Interosseis, den Beugern, Abductoren und Opponens des Daumens, wahrscheinlich auch in den Supinatoren vollständig war, während

die übrigen Muskeln paretisch waren. Die Behandlung geschah mit dem gemischten schwachen Strom 3—4mal wöchentlich. Schon nach 2—3 Wochen konnte das Kind den Arm über den Kopf heben, mit der rechten Hand Gegenstände greifen und festhalten, während im weiteren Verlauf der Behandlung das Kind auf dem rechten Beine stehen und ohne Unterstützung gehen lernte.

Der 2. Fall betraf ein 13 Monate altes Kind, bei dem die Krankheit sich seit dem 4. Lebensmonat entwickelt und zur vollständigen Lähmung des rechten Beines und zur weniger vollständigen Lähmung des linken Beines mit Atrophie, paralytischer Contractur, Herabsetzung der Reflexe geführt hatte. — Die Behandlung bestand in Applicirung des galvanischen Stromes auf die Wirbelsäule und des faradischen auf die Beine 3mal wöchentlich). Schon nach den ersten Sitzungen konnte das Kind die Beine besser bewegen und das rechte früher vollständig gelähmte Bein beim Liegen etwas heben. Die Besserung schritt gleichmässig vorwärts und war nach 4 Wochen beinahe vollendet.

S. hat seitdem noch mehrere solcher Fälle von spinaler Kinderlähmung bei kleinen Kindern mit gleich glänzendem Erfolge electrotherapeutisch behandelt. Hoppe.

---

50) **H. Ulinski**: Ein Beitrag zur Behandlung des Erbrechens nervösen Ursprungs.

(Blätter für klin Hydroth. 1894, Nr. 8.)

Nachdem der Verf. eine kurze Definition des Erbrechens nervösen Ursprunges gegeben, berichtet er über 2 einschlägige Fälle (einer derselben eine auf dem Boden einer allgemeinen Neurose entstandene Magenhyperästhesie, der andere aus den Genitalien hervorgehendes, reflectorisches Erbrechen bei einer Hysterischen), in denen neben der Allgemeinbehandlung die Winternitz'sche locale Methode geradezu Erstaunliches leistete. Dieselbe besteht darin, dass der Rumpf des Kranken in ein feuchtes, kaltes Laken eingewickelt wird und auf dieses in der Magengrube eine in einen Ring spiralig gedrehte Röhre aus Kautschuk zu liegen kommt, durch die Wasser von 40° R. ungefähr eine halbe Stunde lang (mehrmals täglich, immer eine halbe Stunde vor der Mahlzeit) durchlaufen muss; den Schluss bildet eine Einwicklung in ein trockenes Laken. Nach Winternitz soll die Einwirkung des geschilderten Verfahrens darauf beruhen, dass man gewisse Circulationsveränderungen in den Magenwandungen hervorrufe, die die Endigungen der sensiblen Nerven der Schleimhaut beeinflussen, d. h. deren Empfindlichkeit verringern sollten; Ulinski glaubt dagegen, da die Spiralröhre das Erbrechen viel zu rasch beseitige, als es von der veränderten Ernährung der Magenschleimhaut zu erwarten stände, annehmen zu dürfen, dass die Einwirkung des thermischen Eingriffes auf einer directen Beeinflussung der sensiblen Magennerven beruhe. Buschan.

B. Psychiatrie.

51) **Rodrigo Fronda**: Studio clinico sulla mania ricorrente.

(Il Manicomio moderno 1894, X, Nr. 1 u. 2.)

Verf. theilt 20 Krankengeschichten von recurrenter Manie mit, die im Manicomio interprovinciale zu Nocera Inferiore Aufnahme fanden. Auf

Grund dieses Beobachtungsmaterials kommt er zu folgenden Schlusssätzen über das betreffende Krankheitsbild:

1. Jedesmal liess sich eine mehr oder minder starke hereditäre Belastung nachweisen.
2. In jedem Falle (einen nur ausgenommen) boten die Kranken somatische atavistische und degenerative Anzeichen dar. Cranio-faciale Asymetrie war in 39 % der Fälle vorhanden. Weiter fanden sich Prognathie des Unterkiefers, Vorspringen der Jochbeine, Henkelohren, Darwin'sches Knötchen, Zahnanomalien etc.
3. Ueber den Beginn, wie über das Ende des maniakalischen Anfalles lässt sich keine bestimmte Regel aufstellen, da dieselben bald brüsk, bald langsam einsetzen und ebenso unbestimmt und wechselnd aufhören. Jedoch war in den meisten Fällen der Beginn ein brüsker und der Ausgang ein langsamer.
4. In keinem der beobachteten Fälle liess sich ein wirkliches Intervall nachweisen; vielmehr blieb in der Zwischenzeit zwischen den Anfällen stets ein gewisser Grad von mehr oder minder starker Erregbarkeit zurück (Trieb, die anderen zu belästigen, Schlechtes nachzusagen, zu vagabundiren, Erotismus).
5. Fast immer liess sich beobachten, dass die Zwischenperioden nach gewisser Zeit immer kürzer und unregelmässiger wurden und die Anfälle beim Wiederholen keiner bestimmten Norm folgten.
6. Für gewöhnlich fehlt jegliches die Anfälle veranlassendes Moment oder es sind dies nur geringfügige Anlässe, wie leichter Weinmissbrauch, ein Exponirtsein den Sonnenstrahlen, irgend ein Missfallen, einmal auch Coitus.
7. In 80 % der Fälle fanden sich keine Anzeichen für geistige Schwäche, sei es, dass die Manie 2 Jahre oder bereits 19 Jahre dauerte. In 20 % liess sich leichte Demenz nachweisen (Fälle von 9—11 und darüber Jahre Dauer).

Nach diesem Resumé handelt es sich bei den an recurrenter Manie Erkrankten um Angehörige der famille névropathique, um degenerirte Hereditarier. Es leuchtet ein, dass unter solchen Umständen von Intervallen mit vollständiger Gesundheit keine Rede sein kann, eine Thatsache, die nicht nur in klinischer, sondern noch viel mehr in forensischer Beziehung (Verantwortlichkeit) von Wichtigkeit ist.

Eine auffällige Erscheinung ist, dass die recurrirende Manie kein pathognomisch einheitliches Krankheitsbild darstellt. Es lassen sich über den Verlauf keine festen Grundsätze aufstellen. Daher wird auch eine exacte Differenzialdiagnose zwischen dieser Form und der einfachen oder der einfach recidivirenden Manie sich nur in inveterirten Fällen stellen lassen; in frischen Fällen wird dieselbe immer nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein, indem man vorzüglich die Anamnese, die hereditären Verhältnisse, die psychopathisch degenerativen Merkmale, auch die Gelegenheitsursache in's Auge fasst.

Der Verlauf des Leidens ist derartig, dass die Anfälle immer häufiger und die Zwischenpausen dementsprechend kürzer werden, bis die recurrente Manie schliesslich in eine chronische Manie übergeht. Demenz ist, wie schon

gesagt, nur ein seltener Ausgang. Dann ist es eine nur leichte Form derselben, eine Abnahme der Gefühle und Affecte, eine leichte psychische Depression, vermehrte Emotivität; die übrigen Fähigkeiten bleiben immer intact.

Buschan.

52) **Giov. Selvatico-Estense**: Caso di frenosi in gravida trattato coll' aborto artificiale.

(Il Manicomio moderno 1894, X, Nr. 1 u. 2.)

Verf. berichtet über einen Fall von Schwangerschaftspsychose, der sowohl durch das ätiologische Moment, als auch durch die Behandlungsweise besonders interessant erscheint. Es handelte sich um eine Manie, die sich gleichzeitig mit der Conception unmittelbar nach der Defloration eingestellt hatte, bei einer 20jährigen Frau, die von den Eltern her nicht psychopathisch belastet war und abgesehen von einer leichten Nervosität bis dahin nicht geistig gestört gewesen war. Selvatico ist geneigt, diese Psychose weniger auf Rechnung der Gravidität, als vielmehr, wie die Krankengeschichte lehrt, auf Rechnung des Geschlechtsaktes zu setzen und bezeichnet sie dementsprechend nach dem Vorgange von Skae als Postconnubial-insanity. Er citirt zwei ähnliche Fälle von Schüle und Esquirol. — Was den von S. beobachteten Fall noch besonders auszeichnet, ist der zur Heilung des psychischen Zustandes gegen Anfang des 3. Monats eingeleitete künstliche Abort. Zunächst blieb die maniakalische Aufregung noch bestehen; S. bringt diese Erscheinung mit der Milchbildung in Zusammenhang. Nach wenigen Wochen jedoch trat ein vollständiger Umschwung ein, der zur Heilung und zwar zu einer bereits über ein Jahr andauernden führte.

Der Verf. rechtfertigt seinen operativen Eingriff, wofür er bisher in der Literatur kein Analogon gefunden hat. Er beruft sich dabei auf die Urtheile und statistischen Erhebungen von Ball, Regis, Krafft-Ebing, Schüle, Ripping und Holm, die darauf hinauskommen, dass bei Schwangerschaftspsychose der eintretende Partus im allgemeinen keine Heilung herbeiführe. In Anbetracht der Thatsache, dass bei fortbestehender Schwangerschaft die Aussichten für die Mutter sowohl als auch für Kind — spontaner Abort, Todtgeburt event. bei Lebendigbleiben psychopathische Belastung — recht ungünstige sind, hatte der künstliche Abort, zumal da er ein gefahrloses Verfahren ist, seine volle Berechtigung.

Buschan.

---

53) **U. Stefani**: Sul nero specifico dell' orina nelle malatie mentale.

St. hat das spec. Gewicht des Harnes bei verschiedenen Psychosen zum Thema einer Arbeit gewählt und dabei gefunden, dass am Beginn acuter Psychosen eine Steigerung, bei Heilung ein Absinken stattfindet, dass mit Recidiven eine Wieder-Erhebung der spec. Gew.-Curve einhergeht und dass sie beim Uebergang acuter in chronische Psychosen allmählich zum Normal-Niveau zurückkehrt. Diese Beziehungen sind natürlich nur Durchschnittswerthe aus vielen Beobachtungen (ca. 60); im einzelnen Falle, bedeutet das specifische Gewicht sehr wenig, da es eine der labilsten Grössen in der ganzen Symptomatologie und von hundert anderen Factoren abhängig ist. Da St. Parallelbestimmungen auch nur der wichtigsten dieser Factoren (z. B. Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Körpergewicht) unterlässt, sind die Resultate an sich werthlos.

E. Trömner.

---

54) **Hans Gudden**: Ueber einen eigenthümlichen Fall von Selbstverstümmelung und Selbstbefriedigung in Folge erworbener sexueller Perversität.
(Charité-Annalen 1893, S. 743 ff.)

Bei einem von Jugend auf schwachsinnigen Menschen von 36 Jahren, welcher in der Schule nicht recht fortkam, in seinem Berufe (er erlernte die Bäckerei) wenig tauglich war und schliesslich völlig der Vagabondage verfiel, so dass er die letzten 12 Jahre fast beständig in Gefängnissen und im Arbeitshause zubrachte, zeigte sich von Kindheit an eine übermässige Sexualität, welche er seit seinem 9. Lebensjahre durch Onanie befriedigte, ohne je mit dem anderen Geschlecht zu verkehren. Im Jahre 1881 goss er, angeblich um ein Unterkommen zu finden, Scheidewasser auf die glans penis. Ebenso zog er sich 1885 durch eine Manipulation mit einem weissen Pulver, auf welches er Wasser tropfte, Geschwüre an der glans bei. Seitdem er im Jahre 1886 einmal, um seinen Kitzel zu befriedigen und eine schnellere Ejaculation bei der Onanie herbeizuführen, versuchsweise einen Strohhalm in seine Urethra eingeführt hatte, wiederholte er diese Manipulation in mehr und mehr zwangsweiser Art sehr oft (einmal führte er auch einen mit Häckchen versehenen Selterdraht ein) und liess sich auch durch öfters nachfolgende Blasencatarrhe, welche wiederholte Operationen zur Entfernung der Fremdkörper, um die sich Incrustationen (Blasensteine) gebildet hatten, nothwendig machte, nicht mehr davon abhalten.

Auf der Irrenabtheilung der Charité, wohin er Mai 1892 zum ersten Male gebracht wurde, zeigte er wiederholt beim Anblick, ja selbst schon beim Rascheln von Strohhalmen eigenthümliche Anfälle von hochgradiger Aufregung mit Zittern und hörbarem Herzklopfen, Röthung des Gesichtes, linksseitigem Schwitzen, Hervortreten der Augen, welche starr auf den Strohhalm gerichtet waren. Die furchtbare Angst, welche sich seiner bemächtigte, hörte erst auf, wenn er den Strohhalm erwischte. Durch Vorhalten von Strohhalmen liessen sich solche Anfälle stets leicht auslösen. Im Uebrigen zeigte der kleine schwächliche anämische Pat., welcher fast fortwährend onanirte und sich auch in der Klinik wiederholt Strohhalme in die Urethra steckte, so dass später eine Operation nothwendig wurde, auch in der Ruhe öfters halbseitiges Schwitzen und geringe Einschränkung des linken Gesichtsfeldes. Er gab an, seit 3 Jahren häufig an Schwindelanfällen zu leiden und gegen Alcohol sehr wenig resistent zu sein.

Es handelt sich bei den beschriebenen perversen Trieben unfraglich um eine Art Besessenheit (Obsession der Franzosen), wie sie dem Fetischismus eigenthümlich ist.

Hoppe.

---

55) **O. Berkhan** (Braunschweig): Die Schreibstörungen bei Schwachbefähigten in gerichtsärztlicher Beziehung. (Vortrag auf der Conferenz für das Idiotenwesen, Berlin, Sept. 1893.
(Zeitschrift für Beh. Schwachs. 1893, Nr. 6.)

B. macht auf ein bisher nicht genügend beachtetes Hilfsmittel für forensische Beurtheilung Schwachsinniger aufmerksam, welches sich in der auffallenden Schreibweise vieler Schwachbefähigter zeigt. Wie B. bereits in mehreren Aufsätzen im Archiv für Psychiatrie betont hat, zeigt sich diese pathognomonische Schreibweise darin, dass den Kranken die Buchstaben

form fehlt oder nicht immer klar ist oder dass ihnen die Vorstellung der Lautfolge mangelt.

„Es lassen solche Schwachbefähigte beim Schreiben, besonders bei Dictaten, in den niedergeschriebenen Worten einzelne Buchstaben fort, ersetzen sie durch andere oder sie verstellen dieselben, fügen auch wohl neue hinzu. In schwereren Fällen werden ganze Silben und Worte fortgelassen oder Worte und Sätze so entstellt geschrieben, dass die Schreiber dieselben nicht wieder zu lesen vermögen.“ B. vergleicht diese Schreibstörung mit dem Stammeln beim Sprechen und mit den Lesestörungen bei Schwachsinnigen.

Nach B. zeigt die gestörte Schriftsprache immer einen Ausfall oder ein Zurückbleiben der geistigen Entwicklung der Betreffenden an.

Diese fehlerhafte Schreibweise zeigt sich bei Schwachsinnigen häufig schon im 7. Lebensjahre. Sie wird beibehalten, wenn nicht ein besonderer Unterricht eintritt und kann unter Umständen eine wichtige forensische Bedeutung erlangen. B. führt einige Fälle an, wo das Vorhandensein einer fehlerhaften Schreibweise den Nachweis des vorhandenen Schwachsinns erleichterte. In 2 Fällen gelang es ihm durch Einsendung von Schriftstücken Schwachbefähigter an die Militärbehörde Befreiung der betreffenden Individuen vom Militärdienst zu erlangen.

B. empfiehlt bei strittigen und schwer zu beurtheilenden Fällen auf diese Störung der Schreibfähigkeit zu fahnden und will diese Prüfung überhaupt in die Hilfsmittel bei gerichtlichen Untersuchungen über den geistigen Zustand eingereiht wissen.

Der beachtenswerthe Vortrag ist in extenso und mit Anführung zahlreicher Beispiele und Fälle neuerdings in der Vierteljahrsschr. f. ger Med. 1894, H. 1, S. 101—120, veröffentlicht worden.

Hoppe.

Inhalt des Februar-Hefts.

I. Originalien.

II. Bibliographie.

III. Referate u. Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

I. Allgemeine Pathologie.

II. Specielle Pathologie.

a) Gehirn und Rückenmark.

b) Intoxicationskrankheiten.

c) Neurosen.

III. Therapie.

Nr. 44) Smith: Welche Stellung sollen wir Aerzte der Alcoholfrage gegenüber einnehmen?

Nr. 45) Backofen: Ueber die Wirkung des Trional.

Nr. 46) Hildebrandt: Zur Darreichungsart des Trionals.

Nr. 47) Schaumann: Ueber den Einfluss des Sulfonal und Trional auf den Stoffwechsel beim Menschen.

Nr. 48) Sperling: Die therapeutische Bedeutung der minimalen galvanischen Ströme

Nr. 49 Scheiber: Ueber das Verhältniss der Electrotherapie zur Suggestionstherapie.

Nr. 50) Ulinski: Ein Beitrag zur Behandlung des Erbrechens nervösen Ursprungs.

B. Psychiatrie.

Nr. 51) Fronda: Studio clinico sulla mania ricorrente.

Nr. 52) Selvatico-Estense: Caso di frenosi in gravida trattato coll' aborto artificiale.

Nr. 53) Stefani: Sul peso specifico dell' orina nelle malatie mentale.

Nr. 54) Gudden: Ueber einen eigenthümlichen Fall von Selbstverstümmelung und Selbstbefriedigung in Folge erworbener sexueller Perversion.

Nr. 55) Berkhan: Die Schreibstörungen bei Schwachbefähigten in gerichtsärztlicher Beziehung.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVIII. Jahrgang. 1895 März. Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Experimentelle Untersuchungen über die Veränderungen der Ganglienzellen bei der acuten Alcoholvergiftung.

(Aus dem Laboratorium der psychiatrischen Klinik zu Heidelberg, Prof. E. Kraepelin.)

Von Dr. med. Heinrich Dehio,

III. Arzt der Provinzial-Irrenanstalt Lauenburg in Pommern.

Der Psychiatrie hat bisher fast vollständig die Möglichkeit gefehlt, das Thierexperiment als Forschungsmethode zu benutzen. Die normale Anatomie des Gehirns ist eben noch nicht so weit entwickelt, dass sie eine sichere Grundlage für pathologisch-anatomische Forschungen bieten könnte. Namentlich ist die Kenntniss der Ganglienzelle, der Trägerin der specifischen Function des Centralnervensystems, noch zu mangelhaft und die landläufigen Untersuchungsmethoden lassen uns vollkommen im Stich, wenn es gilt, irgendwelche Veränderungen derselben nachzuweisen, es sei denn schon vollkommene Atrophie eingetreten. Das Hauptinteresse concentrirt sich noch immer auf die Nervenfasern, und die zu grosser Zuverlässigkeit ausgebildeten Methoden der Markscheidenfärbung haben zu den mannigfaltigsten Untersuchungen den Anlass gegeben, dadurch aber die Aufmerksamkeit von dem wesentlichsten Objecte der Forschung abgelenkt. Und doch ist es eine unabweisliche Forderung unserer jetzigen anatomischen Anschauungen über den Bau des Nervensystems und entspricht den Erfahrungen an anderen Organen, dass in der Ganglienzelle der erste Beginn krankhafter Veränderungen zu suchen ist und die Veränderungen der Nervenfasern erst als Folge derselben auftreten; schon liegen Thatsachen vor,

welche diese Anschauung zu stützen geeignet sind.[1]) Ist aber die Veränderung der Nervenfaser nur Folge einer Schädigung der Ganglienzelle, so kann das Studium der ersteren auch nur geringe Vortheile für die Erkenntniss des Zusammenhanges der krankhaften Erscheinungen bieten.

In der Nissl'schen Methylenblau-Methode besitzen wir aber seit Jahren eine Untersuchungsmethode, welche uns in den Stand setzt, die feinsten Veränderungen des Ganglienzellenleibes mit einer Exactheit zu studiren, wie kaum bei einer anderen Zellform des thierischen Körpers. Durch ihre Einfachheit und Zuverlässigkeit eignet sich die Methode besonders für pathologische Untersuchungen, welche, die Resultate der histologischen Forschung als sicher hinnehmend, selbtgestellte Fragen zu beantworten suchen. Eine wesentliche Aufgabe meiner Versuche war auch die Entscheidung der Frage, wie weit die Nissl'sche Methode den hochgestellten Anforderungen experimenteller psychiatrischer Untersuchungen gewachsen ist.

Ein grosses und bisher fast gänzlich undurchforschtes Gebiet für experimentell-psychiatrische Untersuchungen sind diejenigen Vergiftungen, welche psychische Erscheinungen im Gefolge haben. Hier haben wir — beim Menschen — klinisch wohl characterisirte psychische Krankheitszustände und müssen auch gröbere Veränderungen im Centralnervensystem erwarten. Eine Anzahl solcher chronischer Vergiftungen ist schon von Nissl und anderen Autoren[2]) untersucht worden, aber hauptsächlich vom allgemein pathologischen Standpunkte; das Studium der verschiedenen Degenerationsformen der Ganglienzellen gab die leitenden Gesichtspunkte.

Anscheinend würde es dem klinischen Bedürfniss am besten entsprechen, ebenso wie die genannten Forscher vor allem die chronischen Vergiftungen zu studiren, denn diese erzeugen die Psychosen, welche als Intoxicationspsychosen unsere Aufmerksamkeit am Krankenbette so oft in Anspruch nehmen. Der experimentellen Untersuchung stehen hier aber noch eine Menge von Hindernissen im Wege, welche wir zu überwinden noch nicht im Stande sind.

Einmal entstehen bei den chronischen Vergiftungen keineswegs regelmässig Psychosen; der anatomische Befund bei der chronischen Vergiftung des Thieres dürfte daher nur mit der grössten Vorsicht verwerthet werden. Dann ist auch ein sehr complicirter und schwer zu deutender Befund zu erwarten. Die directe Giftwirkung auf die Ganglienzellen wird sich mit Veränderungen derselben in Folge von Erkrankungen der Blutgefässe, der Glia, oder eines anderen lebenswichtigen Organes, in der mannigfaltigsten Weise combiniren können. Bevor man daher versucht, den in der Klinik zur Beobachtung kommenden chronischen Intoxicationen analoge

---

[1]) Nissl: Ueber die Veränderungen der Ganglienzellen im Facialiskern des Kaninchens nach Ausreissung der Nerven. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 48, pg. 197.

Bregmann: Ueber experimentelle aufsteigende Degeneration motorischer und sensibler Hirnnerven. Jahrb. f. Psych., Bd XI, pg. 73.

[2]) Nissl: Ueber experimentell erzeugte Veränderungen an den Vorderhornzellen des Rückenmarks bei Kaninchen. 49. Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz in Bonn. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd 48. Siehe auch die Arbeiten von Schaffer und Pandi im Ungarischen Archiv für Medicin.

Processe am Thiere zu erzeugen, müssen erst die bedeutend einfacheren Verhältnisse der acuten Intoxication pathologisch-anatomisch studirt werden. Hier sind die Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung die möglichst einfachen und lassen sich ganz nach dem Ermessen des Experimentators abändern. Dazu kommt noch der für die acute Vergiftung bestehende Vortheil, dass die acute Wirkung vieler Gifte auf den psychischen Zustand des Menschen experimentell untersucht worden ist, soweit überhaupt eine experimentelle Analyse psychischer Vorgänge bisher möglich ist. Ob wir jetzt schon berechtigt sind, solche weitausblickende Aufgaben in Angriff zu nehmen, kann nur der Versuch selbst entscheiden; ein negatives Resultat würde dann nichts weiter beweisen, als dass unsere Hülfsmittel noch zu geringe sind.

Dasjenige Gift, welches zu solchen Untersuchungen sowohl seiner klinischen als psychologischen Bedeutung wegen besonders auffordert, ist der Alcohol. Die klinische Bedeutung, auch der acuten Alkoholintoxication, liegt auf der Hand; zugleich ist er dasjenige Gift, dessen Wirkungsweise psychologisch am genauesten studirt worden ist, die Bedingungen liegen also so günstig wie möglich. Andrerseits bietet der Alcohol aber auch einen vorzüglichen Maasstab für die Leistungsfähigkeit der Methode, denn die Alcoholwirkung ist selbst bei schwerer Intoxication, wenn dieselbe nicht gerade das Leben bedroht, immer eine vorübergehende; wir dürfen also keine sehr tiefgehenden Veränderungen der Zellstructur erwarten.

Bei der Neuheit einer solchen Untersuchung und der Schwierigkeit der zu beurtheilenden anatomischen Verhältnisse ist es erforderlich, sich möglichst auf einzelne Fragen zu beschränken. Daher habe ich das Verhalten der Stützsubstanz, der Nervenfasern etc. vollkommen unberücksichtigt gelassen und nur die Ganglienzellen in's Auge gefasst; bei den Fragen, welche hier aufgeworfen werden können, kommen auch diese allein in Betracht. Ebenso musste ich mich vor allem bemühen festzustellen, ob überhaupt eine Veränderung der Ganglienzellen nachweisbar ist und wodurch dieselbe characterisirt ist, ehe ich deren Localisation im Centralnervensystem und alle sich hieraus ergebenden Fragen in Angriff nehmen konnte. Bald kam ich aber auch zu der Ueberzeugung, dass eine weitere Beschränkung geboten sei und sehe ich mich auf Grund eigener Erfahrung veranlasst, Allen, die sich mit ähnlichen Untersuchungen befassen wollen, diese Beschränkung als unumgänglich nothwendig anzuempfehlen. Nur derjenige, welcher sich durch jahrelange Untersuchungen nach der Nissl'schen Methode und auf Grund der Nissl'schen Anschauungen mit der Structur der normalen und kranken Ganglienzelle in den verschiedenen Gebieten des Centralnervensystems auf's innigste vertraut gemacht hat, kann es unternehmen, nach einer ihm bisher unbekannten pathologischen Veränderung das ganze Centralnervensystem im Zusammenhang zu durchforschen. Für jeden Anderen ist es durchaus nothwendig, sich im Beginne nur auf eine bestimmte Zellform zu beschränken, denn sonst läuft er Gefahr, nicht allein in's Gebiet des Normalen fallende Abweichungen für pathologisch zu halten, sondern vor Allem auch grobe pathologische Veränderungen zu übersehen. — Einige bei der Untersuchung des ersten Versuchsthieres sich aufdrängende Beobachtungen wurden der Anlass, dass ich mich hauptsächlich auf das Studium

der Purkinje'schen Zellen der Kleinhirnrinde beschränkt habe. Freilich wurde in jedem Falle das ganze Centralnervensystem einer Durchsicht unterzogen; ich halte mich aber noch nicht für berechtigt, etwas über das Verhalten anderer Ganglienzellenformen im positiven oder negativen Sinne auszusagen. Die folgenden Angaben beziehen sich daher nur auf die Purkinje'schen Zellen der Kleinhirnrinde und sind nicht verbindlich für Ganglienzellen anderer Art.

Als Versuchsthier benutzte ich für den Anfang das Kaninchen, hauptsächlich weil dessen Ganglienzellen am genauesten bekannt sind und auch die klarsten Verhältnisse zeigen. Die Thiere wurden theils mit der Schlundsonde, theils durch subcutane Injection mit Alcohol vergiftet. Letztere Methode wandte ich hauptsächlich zur Erzeugung der acutesten Form der Vergiftuneg an, wenn ich in möglichst kurzer Zeit möglichst grosse Gaben dem Thir einverleiben und schnellen Tod erzielen wollte; daher benutzte ich die Injection auch dann, wenn es sich darum handelte, ein durch längere Zeit im Rausche erhaltenes Thier durch Alcohol zu tödten Gewöhnlich wurde der durch eine anfängliche Gabe von 7—10 ccm reinen Alcohols von 96^0, welcher mit Wasser bis auf ca. 40^0 reducirt war, erzeugte Rausch durch weitere Gaben von je 5 ccm unterhalten, welche je nach Bedürfniss bei beginnendem Erwachen gegeben wurden. Der Alcoholverbrauch schwankte je nach der Dauer des Rausches zwischen 20 und 25 ccm. Wenn ich die vergifteten Kaninchen über mehrere Stunden am Leben erhalten wollte, so bemühte ich mich, durch Einwickelung in wollene Decken das Thier vor erheblichen Wärmeverlusten zu bewahren. Die Kaninchen sind erfahrungsgemäss sehr empfindlich gegen Wärmeverluste und eine bedrohliche Herabsetzung der Körpertemperatur wäre vielleicht nicht ohne Einfluss auf das Verhalten der Ganglienzellen.

Mit Alcohol vergiftet wurden 6 Kaninchen; die Befunde wurden controlirt durch Vergleich mit 2 gesunden Kaninchen, von denen das eine mit den 3 ersten vergifteten Thieren aus demselben Wurfe stammte. Von den vergifteten Kaninchen konnte eines nicht verwerthet werden, weil die in jedem Falle vorgenommene Besichtigung der Brust- und Bauchorgane dasselbe als krank erkennen liess. Die Thiere wurden entweder möglichst acut mit grossen Dosen Alcohol vergiftet — der schnellste Eintritt des Todes erfolgte in 1 Stunde — oder durch wiederholte Einflössung kleiner Gaben möglichst lange im Rausche erhalten; das 6. Kaninchen blieb durch 34 Stunden lebend, eingerechnet die zwischenliegende Nacht, in welcher es sich freilich vollständig ermuntert hatte.

Die Section wurde sofort nach dem Eintritt des Todes vorgenommen und die zur Untersuchung kommenden Theile des Centralnervensystems genau nach der Vorschrift Nissl's behandelt. Von jedem Thiere wurden ausserdem Stücke in Salpetersäure oder Flemming'scher Lösung gehärtet, und die Kernstructur untersucht, ohne dass unzweideutige pathologische Veränderungen nachgewiesen oder ausgeschlossen werden konnten.

Bei den in wenigen Stunden verstorbenen Thieren wurden nur so geringgradige Veränderungen gefunden, dass dieselben nicht ohne weiteres auf den Alcohol bezogen werden durften. Irgendwelche Veränderungen mit Sicherheit auszuschliessen war ich aber auch nicht im Stande, da erst im

Laufe der Untersuchung das Typische der Veränderung klargestellt und eine Wiederholung der Versuche durch die vorgeschrittene Zeit unmöglich gemacht wurde.

Bei länger dauerndem Rausche fand sich eine als sicher pathologisch anzusehende Veränderung des Leibes der Purkinje'schen Zellen, welche sich durch folgende Einzelheiten characterisirte:

1. Die färbbare Substanz zeigte statt des feinmaschigen Netzwerkes feine, ziemlich gleich grosse, aber unregelmässig angeordnete Körnchen.
2. Die ungefärbte Substanz hatte hier einen leicht bläulichen Ton angenommen.
3. Diese Veränderung nahm bald die ganze Zelle, bald einen Theil derselben ein, die feinen Körnchenreihen der Fortsätze erschienen immer unverändert.
4. Kern und Kernkörperchen erschienen — bei der Methylenblaufärbung — unverändert.
5. Selbst bei ausgeprägter Veränderung waren keineswegs alle Ganglienzellen ergriffen; vielmehr fanden sich oft ganze Reihen normaler Zellen, dazwischen vereinzelt oder zu mehreren beisammen die krankhaft veränderten.

Ausser den Kaninchen habe ich noch 2 Hunde mit Alcohol vergiftet und mit einem normalen Hunde aus demselben Wurfe verglichen. Bei dem einen, welcher ca 5 Stunden gelebt hatte, konnte nichts Abweichendes an den Purkinje'schen Zellen und auch sonst im Centralnervensystem gefunden werden. Dagegen zeigte der zweite Hund, welcher ca. 30 Stunden im Rausche gelegen, im wesentlichen dieselbe Veränderung wie die Kaninchen, nur viel stärker ausgesprochen. Leider konnte ich die von demselben stammenden Präparate nur einer flüchtigen Durchsicht unterziehen, da ich durch äussere Gründe gezwungen war, die Untersuchungen an diesem Punkte abzubrechen. — Nach dieser Erfahrung würde sich zur Fortsetzung der Untersuchung der Hund trotz des viel complicirteren Nervensystems besser empfehlen als das Kaninchen.

Ich bin mir vollkommen bewusst, dass mit dem Nachweis dieser Veränderung noch sehr wenig für das anatomische Verständniss der Alcoholwirkung geleistet ist; irgendwelche Schlüsse daraus zu ziehen wäre ganz ungerechtfertigt. Auch klinisch wichtige Fragen, wie der weitere Verlauf der krankhaften Veränderung sich gestaltet, ob volle Wiederherstellung, ob länger dauernde Degeneration oder gar völliger Schwund der betroffenen Zellen eintritt, konnten nicht einmal gestreift werden. Nach beiden Richtungen hin sind weitere Untersuchungen erforderlich. Den grossen Werth hat aber der positive Befund am vergifteten Thier, dass die Möglichkeit nachgewiesen worden ist, das Thierexperiment für eine brauchbare experimentelle Psychiatrie und Psychologie heranzuziehen und mit einiger Aussicht auf Erfolg dort anatomische Befunde suchen zu dürfen, wo man sich bisher mit der Annahme functioneller Störungen begnügen musste. Die Nissl'sche Methode hat dabei wiederum einen Beweis ihrer ausserordentlichen Leistungsfähigkeit gegeben, wie nach den bisherigen Erfahrungen nicht anders erwartet werden konnte.

Im Anschluss an diese Mittheilung möchte ich noch der Microphotographie Erwähnung thun, deren Benutzung mir im Laufe der Untersuchung grosse Vortheile brachte. Die Nissl'sche Methylenblaufärbung eignet sich als exquisit elective und einfarbige Färbung ganz vorzüglich für die microphotographische Reproduction. Namentlich liessen sich ohne weiteres allen Anforderungen entsprechende Uebersichtsbilder gewinnen (Apochromat 16 mm, Projectionsocular 2 resp. Compensationsocular 4); hierin dürfte die Microphotographie in Zukunft der Hirnanatomie noch sehr grosse Dienste leisten. Grössere Schwierigkeiten stellten sich der Aufnahme einzelner Zellen bei der zum Detailstudium nothwendigen starken Vergrösserung entgegen (Apochromat 2 mm, Projectionsocular 2). Die geringe Tiefe des Systems gestattet natürlich nicht, die Zelle in ihrer oft recht beträchtlichen Dicke gleichzeitig scharf einzustellen. Dazu kommt, dass die Präparate eine Betrachtung bei möglichst grosser Apertur des Abbé'schen Beleuchtungsapparates verlangen, welche der photographischen Projection nicht vortheilhaft ist Nach den bisherigen Versuchen scheint es mir am rathsamsten zu sein, keine bestimmte Regel für die Grösse der Apertur des Beleuchtungskegels aufzustellen, sondern je nach der Beschaffenheit des aufzunehmenden Objectes die jeweilig am passendsten erscheinende Apertur zu wählen.

Wenn es auch nur bei ganz besonders günstigen Objecten möglich war, ein einigermassen befriedigendes Bild einer grösseren Zelle zu erhalten, so wurde mir durch die microphotographische Reproduction doch das bei Anwendung von Oelimmersion sehr schwierige Vergleichen normaler und pathologischer Präparate bedeutend erleichtert, da mit geringem Zeitaufwand eine grössere Anzahl Bilder normaler Ganglienzellen in ihren verschiedenen Erscheinungsformen hergestellt werden konnten. Einzelne Details gelang es dagegen oft mit überraschender Deutlichkeit und Naturtreue wiederzugeben, z. B. den Axencylinderfortsatz der motorischen Zellform, die feinen Körnchenreihen in den Fortsätzen der Purkinje'schen Zellen und ähnliches.

Der Apparatencomplex war ein recht einfacher: Die kleine, vorzüglich gearbeitete Zeiss'sche Camera (System Francotte); ein Auerbrenner gab durchaus genügendes Licht, dazu Beleuchtungslinse und Pikrinsäurelichtfilter.

Im Uebrigen habe ich mich auch in technischer Beziehung, abgesehen von der Wahl der Apertur der Beleuchtungsapparate, streng an die von Neuhauss in seinem Lehrbuch der Microphotographie niedergelegten Anweisungen gehalten; durch seine in der liebenswürdigsten Weise ertheilten Rathschläge hat mich Herr Dr. Neuhauss ausserdem zu besonderem Dank verpflichtet.

II. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

a) Gehirn.

56) **A. Kast** (Breslau): Zur Symptomatologie der „transcorticalen" Bewegungsstörungen.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 1.)

Ein 35jähriger vorher stets gesunder Mann wurde November 1893 ohne Vorboten von einer linksseitigen Hemiplegie mit Bewusstlosigkeit betroffen. Tags darauf war das Bewusstsein wiedergekehrt. Es zeigte sich neben conjugirter Deviation des Kopfes und der Bulbi nach R. O. totale Lähmung der linksseitigen Extremitäten, Hemianästhesia sinistra mit Verlust des Gefühls für Lage und Stellung dieser Glieder und linksseitige Hemianopsie. In den Muskeln des Gesichts, der Kiefer und der Zunge bestand jedoch ein beiderseitiger totaler Bewegungsdefect; Patient konnte trotz stärkster Anstrengung auf Aufforderung keine Miene rühren und weder Kiefer noch Zunge bewegen. Dagegen traten bei jeder stärkeren Schmerzenserregung mimische Bewegungen auf der rechten Gesichtshälfte und im linken oberen Facialis in normaler Weise, im linken unteren Facialis in verminderter Weise ein. Ebenso reagirte der Kauapparat prompt auf Nahrungsreize, Essen und Sprechen ging normal vor sich. — Ueber den weiteren Verlauf ist nur zu sagen, dass der Zustand in den nächsten Wochen ziemlich unverändert blieb, dann allmählig die Gehfähigkeit im linken Beine zugleich mit der Sensibilität sich besserte, später das willkürliche Oeffnen des Mundes möglich wurde und ganz allmählig die willkürlichen Bewegungen des Mundes, der Zunge und der Kiefer wieder eintraten, allerdings zunächst unbeholfen und unzuverlässig. — Bei seiner Entlassung September 1893 war die linksseitige Bewegungsstörung fast gänzlich gehoben, nur der linke Arm blieb dauernd in Bewegung und Sensibilität gelähmt. Geistig blieb Patient deprimirt und invalide.

Dieser Fall giebt ein Beispiel für die häufig gemachte Beobachtung, dass bei völliger Aufhebung der willkürlichen Bewegung auf emotionelle Erregugen Bewegungen eintreten. Diese „Dissociation" betrifft im vorliegenden Falle aber nicht nur die hemiplegisch gelähmte, sondern auch die „gesunde" Seite, soweit sie an der Lähmung Theil nahm. Diese gleichsam reflectorische Betheiligung der gesunden Seite ist schon vielfach constatirt worden, aber vorzugsweise für die untere und schon seltener und weniger ausgesprochen für die obere Extremität, während die Betheiligung des Gesichts zu den grössten Seltenheiten gehört. Diese Erscheinung erklärt sich aus der Hypothese, dass die rohen halb automatischen Rumpf- und Gehbewegungen von beiden Grosshirnhemisphären versorgt werden, während die mit höchster Selbstständigkeit und Vollendung sich vollziehenden complicirten Muskelbewegungen, wie die Handbewegungen und das Sprechen, die weitaus überwiegende Vertretung in einer Hemisphäre haben

K. vergleicht die geschilderte Dissociation der Bewegungsfähigkeit im Gesicht mit der „transcorticalen motorischen Aphasie", bei der ja auch der willkürlich Sprachlose seinen Sprachmechanismus auf dem Umwege der Anregung vom sensorischen Sprachcentrum zu innerviren (nachzusprechen) vermag, ebenso wie Wernicke in einem einen Geisteskranken betreffenden

Falle, wo in ähnlicher Weise die willkürlichen Bewegungen von Mund, Kiefer und Zunge unmöglich waren, während Kauen und Schlingen normal vor sich ging, von einer transcorticalen Zungen- und Exspirationslähmung gesprochen hat. In diesem Falle lag keine Herderkrankung, sondern eine diffuse Rindenerkrankung vor. Wenn auch in dem oben mitgetheilten Falle die Diagnose einer Herderkrankung in der rechten Capsula int. feststeht, so muss doch eine quantitativ geringe Schädigung der Hirnrinde als indirecte Wirkung des Insults angenommen werden. Hoppe.

57) **Philipp Zenner** (Cincinnati, O.): „A case of acute softening of the brain". (Ein Fall von acuter Gehirnerweichung.)

(The Medic. Record, 28. Juli 1894.)

Es handelt sich um einen jener nicht ungewöhnlichen Fälle, in denen eine Person mit hysterischen Krankheitserscheinungen an einer organischen Erkrankung des Nervensystems leidet. Die Kranke, eine 53jährige Frau, die seit dem Verluste der Regel (vor 7 Jahren) zu wiederholten Malen allerlei hysterische Symptome zeigte, wurde etwa 6 Wochen vor ihrem Tode von rechtsseitiger Hemiplegie befallen. Da dieser Lähmung ähnliche hysterische Symptome, wie sie früher schon öfter da waren, vorausgingen, da sie eingeleitet wurde durch Schmerzen im Arme und sich dann langsam entwickelte, da Facialisparalyse dabei fehlte, da endlich auch auf beiden Augen (nach Verf. allerdings irrigerweise) concentrische Gesichtsfeldeinschränkung gefunden wurde, so hielt man sie für eine hysterische Lähmung; verdächtig war nur, dass dieselbe im Gegensatze zu der Mehrzahl der hysterischen Lähmungen rechtsseitig war, den Arm weit stärker betraf als das Bein, und dass keine Anästhesie vorhanden war. Hierzu gesellten sich Sprachstörungen, zunehmende geistige Apathie, Schwäche der linken Extremitäten und bald ging die Kranke unter Fieber, Coma, Neigung das Gesicht nach rechts zu drehen u. s. w. zu Grunde.

Sectionsbefund: Leichte Leptomeningitis über der Convexität der Hemisphären; in der Oberfläche der letzteren 3 Erweichungsherde, die nach Verf. augenscheinlich in der Reihenfolge: linke Centralwindungen, rechter Hinterhauptslappen, rechter Stirnlappen, entstanden waren; andernfalls würde das allmähliche Auftreten der Symptome, da es sich um eine acute, nicht senile Erweichung handelte, schwer zu erklären sein. Voigt (Oeynhausen).

58) **Pfeiffer**: Ein Fall von ausgebreitetem ependymärem Gliom der Gehirnhöhlen.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, H. 6.)

Pf. beschreibt einen Fall, in dem ein 32 Jahre alter Mann vor einem Jahr erkrankte mit Zuckungen am Kopf und den Augen, die rasch stärker wurden und von einer Protrusion beider Bulbi begleitet waren. Dazu gesellte sich in den letzten Wochen ein erheblicher Tremor der Hände, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Ausserdem bestand zur Zeit seiner Aufnahme Nystagmus bei seitlicher Blickrichtung und rechts Andeutung des Gräfe'schen Symptoms. Die clonischen Zuckungen im Bereiche der Gesichts- und Nackenmuskulatur wurden allmählich stärker, von wechselnder Intensität und machten allmählich intermittirenden tonischen Contractionen Platz. Auch die Hände zeigen einen schnellschlägigen Tremor, der Patellarreflex

zuerst links abgeschwächt, verschwindet allmählich ganz. Dabei wird die Intelligenz successive schwächer, geht in vollkommenen Stupor über. Zeitweise Cheyne-Stoke'scher Athmungstypus. Die Sehschärfe erlischt allmählich (Sehnervenatrophie), es macht sich Abducenslähmung beiderseits geltend, Störungen in der Innervation des Oculomotorius beiderseits und Hypoglossus rechts, und es tritt Incontinentia urinæ et alvi ein. Bei starker Benommenheit und Dyspnoe exitus.

Die Obduction ergab alle Gehirnhöhlen austapeziert mit Geschwulstmassen, die nur je einen Fortsatz gegen den rechten Frontallappen und die linke Occipitalregion entsenden. Diese Geschwulstmassen hält Pf. für gliomatöse.

Die Differentialdiagnose zwischen Gliom der Hirnhöhlen, acutem Hydrocephalus, Mittelhirntumoren oder Kleinhirntumoren mit starker Entwicklung des Hydrocephalus während des Lebens war unmöglich. Die Protrusio bulborum kann Pf. nicht erklären, jedoch hält er es für möglich, dass eine zufällige Coincidenz einer forme fruste der Basedow'schen Krankheit mit dem Hirntumor vorlag.

Dauber-Würzburg.

59) **Schlodtmann**: Ueber 4 Fälle von peripherischer Accessoriusparalyse.

(Deutsche Zeitschr f. Nervenhlk, Bd. V, H. 6.)

Der erste Fall war hervorgerufen durch eine Basisfractur und zwar bestanden die Zeichen einer peripheren noch im Schädel gelegenen Accessoriuslähmung. Daneben fanden sich noch andere Hirnnerven gelähmt (N. N. abducens, acusticus). Es fand sich das Gaumensegel gelähmt, der Kehlkopf, der M. sternocleidomastoideus (vollständig) und M. cucullaris, letzterer vollständig mit Ausnahme der acromialen Portion. Bei den 3 anderen Fällen zeigte sich die Lähmung bedingt durch Operationsnarben am Halse und zwar bestand bei dem einen eine totale Atrophie des M. cucullaris und Erhaltung des M. sternocleidomastoideus, bei dem anderen totale Atrophie dieser beiden Muskeln, beim dritten nur Atrophie des Cucullaris. Nach Analysirung dieser Fälle kommt Sch. zu folgenden 3 Schlüssen:

1. Die Innervation des Kehlkopfs wird aller Wahrscheinlichkeit nach von den N. N. vagus und accessorius gemeinsam besorgt und zwar in der Weise, dass der erstere die Sensibilität, letzterer die Motilität des inneren Kehlkopfs übernimmt;
2. Der äussere Accessoriusast wird bei seiner Innervirung des M. cucullaris in einem Bündel der acromialen Portion von Aesten des Plexus cervicalis unterstützt und die Erhaltung dieses Bündels genügt bei einer eventuellen Lähmung des N. accessorius, um das Zustandekommen von Duchenne's mouvement de bascule zu verhindern;
3. der M. sternocleidomastoideus wird ausschliesslich vom N. accessorius ohne Unterstützung durch Aeste des Plexus cervicalis versorgt.

Dauber.

b) Rückenmark.

60) **Ch. Henry Brown** (New-York): Infantile amyotrophic lateral sclerosis of the family type.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1894, Nov.)

15jähriger Knabe, über dessen Familie sich leider nichts Näheres eruiren liess, zeigte vor 3 Jahren plötzlich eine Ungeschicklichkeit im

Pfeifen und deutlich Sprechen. Diese Schwierigkeiten machten so schnell Fortschritte, dass schon nach wenigen Wochen das Kind nur mit Mühe die Zunge zu bewegen, zu pfeifen und zu schlucken im Stande war. Bald stellten sich dann ein: Unmöglichkeit zu lachen, die Augen vollständig zu schliessen, Schwerhörigkeit und Athembeschwerden. 1—2 Wochen später kam Schwierigkeit beim Kleiderzuknöpfen, Schreiben und Heben schwerer Gegenstände hinzu Gleichzeitig magerte das Kind rasch ab und klagte über Muskelzuckungen im Gesicht, Nacken und auch am ganzen Körper.

Bei der Aufnahme fand sich folgendes Krankheitsbild: Deutliche Paralyse und Atrophie der ganzen Gesichtsmuskulatur, ausgenommen die Kaumuskeln. Der untere Facialis mehr atrophirt als der obere, die Augenlider sind nur partiell zu schliessen. Mund vorgestreckt, Lippen prominent, Mundwinkel herabgezogen und contrahirt („tapir mouth"). Die Zunge ist beiderseits atrophisch und lässt sich noch ein Stück weit vorstrecken. Hals sehr abgemagert; Kehlkopfknorpel lose und frei gegen einander verschiebbar. Innere Brustmuskeln sämmtlich in hohem Grade gelähmt und atrophisch. Articulation erschwert, stark nasal und eintönig. Pharynxmuskulatur dünn, aber gut functionirend. Glottisverschluss vorhanden; Stimmbänder erschlafft. Kopfnicker beiderseits atrophisch, links mehr als rechts; beide gelähmt. Die hintere Nackenmuskulatur und die Muskeln des Humerus und Scapula sind stark entwickelt; beim Aufheben des Knaben an den Armen ist kein Erb'sches Zeichen zu finden. Die Intercostalmuskeln scheinen sämmtlich schwach zu sein. Der Brustumfangunterschied beträgt kaum 1/2 Zoll. Der Athem ist ausserordentlich kurz. Paresis und Atrophie der meisten Armmuskeln, indessen nicht so deutlich wie die der Handmuskeln, speciell der Interossei und Daumengruppe; Adduction des Daumens abgeschwächt. Fibrilläre Zuckungen am ganzen Körper, die leicht durch Kälte und Stoss hervorzurufen resp. zu steigern sind. Die electrische Untersuchung ergiebt, dass die meisten Muskeln im Gesicht, am Thorax und an den Unterextremitäten reagiren. — Oberflächliche und tiefe Reflexe sind gesteigert; der rechte Fussclonus kann stets, der linke gelegentlich hervorgerufen werden. Viele Sehnen sind retrahirt; sind die Extremitäten gestreckt, dann fühlt der Knabe die Beugesehne angespannt; eine Streckung ist schwierig und unangenehm. — Grosse Mengen von Urin, dessen Analyse nur ein niederes specifisches Gewicht nachweist. Die Sinnesorgane sind normal entwickelt, nur der Acusticus ist afficirt. — Geistig ist der Knabe heiter, liest, schreibt (freilich mit Schwierigkeit), beschäftigt sich mit Tändeleien. Er ist Microcephale und zeigt das Aussehen und die Allüren eines 10jährigen Kindes.

Verfasser versucht das geschilderte Krankheitsbild in eine der bekannten Muskel- und Rückenmarksaffectionen mit ähnlichen Symptomen einzureihen, wie Glosso-pharyngo-labial-Paralyse, amyotrophische Lateralsclerose, Poliomyelitis, Dystrophia infantum; jedoch stimmt keines dieser Leiden in jeder Hinsicht mit dem von ihm beobachteten Falle überein, wie er ausführlich nachweist. Demgemäss spricht er denselben als ein bisher noch nicht beschriebenes neues Krankheitsbild an und schlägt für dasselbe die Bezeichnung infantile amyotrophische Sclerose vom familiären Typus (= infantile progressive bulbäre Paralyse vom familiären Typus plus dem Bilde der am Erwachsenen als amyotrophische Lateralsclerose genannten Affection) vor.

Buschan.

61) **Preisz**: Beiträge zur Anatomie der diphtheritischen Lähmungen
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd VI, H. 1 u. 2.)

Die über das Wesen der diphtheritischen Lähmung bisher vertretenen Ansichten resp. Befunde sind in 4 Gruppen unterzubringen:

1. Degeneration oder Entzündung der peripherischen Nerven mit etwaigem Weitergreifen auf die Nervencentren.
2. Primäre Erkrankung der Centren, des Hirnes und Rückenmarks, welcher eine secundäre der peripherischen Nerven folgt.
3. Gleichzeitige Erkrankung der Nervencentren und peripherischen Nerven (P. Meyer).
4. Veränderungen anderer Natur, wie: Encephalitis, Meningitis oder Blutungen, Thrombosen in den Centralorganen.

Pr untersuchte 2 Fälle von allgemeiner Lähmung und einen Fall mit Gaumen- und Herzlähmung.

Im ersten Falle fand Pr. Atrophie der Ganglienzellen in den Vorderhörnern, Blutungen in der grauen Substanz des Rückenmarks, degenerative Veränderungen in den verschiedenen peripherischen Nerven, sowie in den vorderen und hinteren Wurzeln des Rückenmarks, in den hinteren Wurzeln kleine Exsudatherde. Die Veränderungen an den Nerven sind als durch interstitielle Neuritis bedingt anzusprechen.

Im zweiten Falle bestanden dieselben Veränderungen wie im ersten und Degeneration der Goll'schen Stränge.

Im dritten Falle fand P. an der im Zupfpräparat untersuchten Herzmuskulatur nur wenige quergestreifte Muskelfasern, der grösste Theil derselben war feinkörnig, wie mit Staub bestreut; ausserdem fand sich Neuritis der beiden N. N. vagi, N. N. glossopharyngei, N. N. phrenici. Die intramuskulären Nervenfaserbündel der Gaumen- und Rachenmuskeln zeigten dieselbe Veränderung. Dauber.

---

62) **Jacob**: Ein anatomischer Beitrag zur Lehre von den combinirten Systemerkrankungen des Rückenmarks.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. VI, H. 2)

Scheidet man von den in der Litteratur unter dem Namen der combinirten Systemerkrankung beschriebenen 39 Fällen die zusammengehörigen Gruppen der Tabes mit Seitenstrangerkrankung und der hereditären Ataxie aus, so bleiben 12 Fälle übrig, die im wesentlichen in einer spastischen, d. h. mit gesteigerten Sehnenreflexen verbundenen Paraplegie der Beine bestehen. J. hat an einem Rückenmark eine combinirte Systemerkrankung gefunden, die auf ein solches Krankheitsbild bei Lebzeiten schliessen lässt (Krankengeschichte stand nicht mehr zur Verfügung). In dem vorliegenden Falle waren die Pyramiden-Vorder- und Seitenstrangbahn in ganzer Ausdehnung erkrankt, die Kleinhirnstrangbahn in ganzer Ausdehnung total degenerirt. Dabei fand sich der Goll'sche Strang degenerirt, vom unteren Brustmark nach unten nahm die Degeneration allmählich ab. Das ventrale Feld der Hinterstränge ist im Halstheil miterkrankt, vom mittleren Brustmark an normal, der Burdach'sche Strang theilweise degenerirt. Die Vorder- und Seitenstrangreste durchaus normal, die seitlichen und hinteren Wurzelzonen strecken-

weise betroffen. Die Vorderhörner sind intact bis auf einen deutlichen Schwund quer verlaufender Fasern, die Hinterhörner enthalten unzweifelhaft zu wenig aufsteigende Fasern. Die Clarke'schen Säulen verhalten sich wie die Hinterhörner, ihre Zellen sind normal.

J. wendet sich gegen die Annahme einer strangförmigen Myelitis (Leyden) und spricht sich zu Gunsten einer Erkrankung der Rückenmarksstränge gemäss ihrer Function aus. Dauber.

---

63) **Hoffmann:** Ueber einen eigenartigen Symptomencomplex einer Combination von angeborenem Schwachsinn mit progressiver Muskelatrophie, als weiteren Beitrag zu den erblichen Nervenkrankheiten.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. VI, H. 2.)

4 Geschwister litten an angeborenem Schwachsinn und zeigten schon im frühesten Alter Motilitätsstörungen und mühsame, langsame Sprache. Beim ersten Kranken bestanden ausserdem athetoide Bewegungen. Bei allen gesellte sich dazu in der Zeit der Pubertät eine atrophische Parese mit der Localisation der neurotischen progressiven Muskelatrophie und ihrer Progression von den Extremitätenspitzen gegen den Stamm hin. Die Sehnenreflexe waren theils normal, theils gesteigert, theils fehlend. Die mechanische Muskelerregbarkeit ist in den atrophisch-paralytischen Theilen herabgesetzt oder erloschen, ähnlich wie die electrische Erregbarkeit ohne deutlich träge Zuckung. In den letzten Jahren machte sich ausserdem bei zweien ein Rückgang des an und für sich sehr beschränkten Intellects geltend. Aetiologisch ist nichts Verwerthbares aufzufinden. Die Geburt dieser 4 Kranken fällt zwischen die gesunden Geschwister hinein.

H. führt den angeborenen Schwachsinn, die früh aufgetretenen Motilitätsstörungen, die Sprachstörung und die athetoiden Bewegungen auf einen congenital abnormen Zustand des Gehirns, vor Allem der Gehirnrinde und zwar, wegen des Mangels von sensiblen und sensorischen Störungen, der vorderen Gehirnrinde zurück.

Für die progressive atrophische Lähmung an den Extremitäten macht H. eine Degeneration im I. motorischen Neuron auf Grundlage einer angeborenen functionell oder nutritiv zu schwachen Anlage verantwortlich. Die Steigerung der Sehnenreflexe besteht durch eine Alteration im II. motorischen Neuron (Pyramidenbahnen). Die Lähmung der Oberschenkelmuskeln kommt auf Rechnung des 2. mot. Neurons (Pyramidenbahn + motorische Rindenregion).

Die Parese, den Gang, die Aenderungen in der Erregbarkeit der Muskeln und Nerven, das Verhalten der Reflexe, den Rückgang des Intellects betrachtet also H. als den Effect eines krankhaften Processes, wahrscheinlich einer degenerativen Atrophie in der aus dem Embryonalleben her anatomisch abnormen Hirnrinde, in dem functionell krankhaft angelegten I. motor. Neuron, welche aber ein Jahrzehnt lang trophisch jedenfalls normal functionirte, und dem II. motor. Neuron, welches später jedenfalls auch erkrankte. Die Fälle haben eine unverkennbare Aehnlichkeit mit der progressiven neurotischen Muskelatrophie. Doch hält sie H. wegen des durchgängigen Fehlens einer Erkrankung der sensiblen Nerven nicht dazugehörig und weist ihnen vor der Hand eine Sonderstellung zu.

Dauber.

---

64) **A. Boettiger:** Beitrag zur Lehre von den luetischen Rückenmarkskrankheiten.

(Arch. f. Psych., XXVI, pg. 649.)

In ausführlicher, äusserst sorgfältiger Weise veröffentlicht B. einen in seiner Reinheit seltenen Fall von Meningomyelitis luetica hereditaria, der als solche allerdings, durch keine anamnestische Angaben gestützt, erst durch die anatomische Untersuchung erkannt wurde. Der Fall ist folgender: Ein 9jähriges Mädchen, ein Kind „gesunder" Eltern, erkrankt an Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Blicklähmung rechts, Doppelsehen, zunehmender Schwäche des Gehörs und Gesichts, unwillkürlichem Schreien, Speichelfluss, unregelmässigem Puls, Obstipation. Dazu traten unter zunehmender Taubheit und wechselnden Allgemeinerscheinungen Nackenstarre, Hemispasmen, Convulsionen mit vorzugsweise rechtsseitigen Zuckungen, Westphal'sches Zeichen rechts und intensive Schmerzanfälle. Die Diagnose wurde anfangs auf Grosshirn-, dann auf Kleinhirntumor gestellt. Die Section fand ausser klaffenden Schädelnähten, einer Exostose des linken Scheitelbeins und Hydrocephalus internus einen Tumor des Unterwurms und fast allenthalben chronisch leptomeningitische Processe, am geringsten über der Grosshirnoberfläche, stärker an der Hirnbasis in der Gegend der Hirnnervenaustritte, stärker über dem Kleinhirn, am stärksten über dem Rückenmark, namentlich im hinteren Umfang von enormer Dicke.

Die — 6—7 Jahre nach der Obduction ausgeführte — microscopische Untersuchung zeigte auch das Rückenmark selbst, besonders die graue Substanz, die Brücke und zum Theil auch das Kleinhirn, bald diffus, bald herdförmig infiltrirt. Schliesslich war der I., II., III., X. Hirnnerv theilweise, der VIII. fast völlig degenerirt. Aus dieser Fülle anatomischer Befunde lassen sich die Symptome leicht und vollständig decken. Trotzdem bleiben 2 Probleme zu lösen: 1. früh auftretende schlaffe Lähmung der Beine, trotzdem der Process ein descendirender zu sein schien und die Pyramidenseitenstränge intact befunden wurden. B. bezieht sie auf das Gumma im Unterwurm, das die tonisirende Wirkung des Kleinhirns auf die Muskulatur (Luciani) aufgehoben hätte. 2. Auch das frühzeitige Schwinden des Kniereflexes erklärt B. mit Hülfe der Hypothese Luciani's und Jackson's aus dem Mangel des (cerebellaren) Muskeltonus und der Persistenz der (reflexhemmenden) Pyramidenbahn. Einen Beweis für diese Hypothese lieferte der Fall selbst nicht, da ebenso früh schon der Reflexbogen selbst zerstört gewesen sein kann. Besonders muss noch bemerkt werden, dass trotz Infiltration und partieller Degeneration der hinteren Wurzeln keine Sensibilitätsstörungen notirt sind.

Was die Differentialdiagnose des Processes gegen eine diffuse Sarcomatose oder Tuberculose betrifft, so sprechen die intensive Mitbetheiligung der grauen Substanz gegen erstere, das Fehlen von käsigen Herden und Tuberculose anderer Organe gegen letztere, die Schädelexostose, der protrahirte Verlauf ($^1/_2$ Jahr) und die Gefässveränderungen für (hereditäre) Lues.

Pathogenethisch ist — so nimmt B. an — der myelitische Process der primäre, der meningitische der secundäre; der Tumor des Unterwurms ist eine vom velum med. post. ausgegangene meningitische Geschwulst.

Die Details der microscopischen Untersuchung eignen sich natürlich ebenso wenig als die sehr eingehende Kritik der bisher veröffentlichten Fälle für ein Referat. Als interessante Einzelheiten jener seien nur hervorgehoben:

Die äusserst unregelmässig vertheilten Gefässveränderungen (so dass z. B. die Art. spinalis ant. stellenweise ganz normal ist), das gänzliche Fehlen von Strangdegenerationen, die besonders tiefe Zerstörung der Clarke-schen Säulen und die starke Gliawucherung an der Grenze zwischen Kernmasse und nervöser Substanz — „wie ein Schutzwall gegen die vordringende Kernmasse“. E. Trömner-Heidelberg.

---

65) **Westphal**: Ueber multiple Sarcomatose des Gehirns und der Rückenmarkshäute.

(Arch. f. Psych., XXVI, pg. 770.)

Wenngleich knapper gefasst, doch ebenso pathologisch-anatomisch, bildet W.'s Arbeit eine Art Pendant zu derjenigen Böttiger's und erläutert die dort besprochene Differentialdiagnose. Hier handelt sich's um eine diffuse Sarcomatose (sarcomatöse Arachnitis) der pia basalis und spinalis, die trotz beträchtlicher Verdickung nirgends auf die Substanz des Rückenmarkes übergegriffen hatte. Selbst die allseitig in Geschwulstmassen eingebetteten Rückenmarkswurzeln zeigten weder Geschwulstmetastasen, noch andere als ganz vereinzelte Degenerationsherde. Nur die Hirnnerven waren infiltrirt und deutlicher degenerirt (besonders vagus und oculomotorius). Ausserdem fanden sich telangiectatische Sarcome im hinteren und neben dem vorderen Ende des linken thal. opt.

Der rapiden Entwicklung der Geschwulst entsprechend waren die Symptome vorwiegend Druck- und Allgemeinsymptome gewesen (Kopfschmerz, Schwindel, Benommenheit, Krämpfe). Von Einzelsymptomen ist nur doppelseitiges Fehlen des Kniereflexes als interessant notirt, weil nämlich die gefundenen Degenerationsherdchen in den hinteren Wurzeln nicht ausreichen, um eine anatomische Läsion des Reflexbogens zu bilden und W. andrerseits nicht wagt, das Fehlen des Reflexes, wie Manasse, auf eine Läsion des thalamus zu beziehen.

Von weiterem Interesse wäre, in Hinsicht auf die Thalamustumoren, das Verhalten der mimischen Facialis-Function gewesen, doch wird hierüber leider nichts berichtet. Den Schluss der Arbeit bildet die Zusammenstellung der analogen Casuistik. E. Trömner.

---

66) **Weintraud**: Zwei Fälle von Syringomyelie mit Posticuslähmung und Cucullarisatrophie.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, H 6.)

Zwei Beobachtungen, von denen die erste folgende Merkmale ergab: Dissociirte Empfindungslähmung am oberen linken Quadranten, fast vollständige rechtsseitige Hemianästhesie. Vorgeschrittene Atrophie der M. interossei links, beginnende rechts. Beiderseitige Cucullarisatrophie, rechtsseitige Posticuslähmung. Hyphoscoliose. Gesteigerte Sehnenreflexe; Pupillendifferenz. Den Sitz der Läsion legt W. wegen der sensiblen und trophischen Störungen und der Pupillendifferenz in das obere Dorsal- und untere Cervical-

mark und zwar dürfte nach seiner Deduction wesentlich die Substanz des linken Vorderhorns befallen sein, wobei die spastischen Erscheinungen an den Beinen auch noch auf geringe Betheiligung der Seitenstränge schliessen lassen. Die Sensibilitätsstörung im Gesicht, am behaarten Kopfe, die Kehlkopflähmung und die Cucullarisatrophie machen eine weitere Ausdehnung des gliomatösen Processes gegen die Med. obl. hin wahrscheinlich, durch die die aufsteigende Trigeminuswurzel und die Kernregion des N. accessorius ergriffen sein müssen.

Die Sensibilitätsstörung der rechten Seite schneidet am rechten Unterschenkel manschettenförmig ab, eine Erscheinung, die W. als hysterischen Characters anspricht. Die Annahme eines hysterischen Symptoms ist nun nach des Ref. Ansicht bei dem jungen, 26jährigen, ungemein kräftigen Mann, bei dem das Leiden sich ganz allmählich entwickelte, doch etwas gezwungen, vielmehr zeigt dieses Symptom eine gewisse Analogie mit einem vor kurzem von mir referirten Falle von Müller (Beitrag zur Kenntniss des Faserverlaufes im Plexus brachialis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, H. 2, pg. 115 ff). In jenem Falle war durch ein Osteom der untere Theil des einen Plexus brachialis gedrückt, es bestand eine sogen Klumpke'sche Lähmung, die die Eigenheit zeigte, dass der Oberarm ganz intact war, während der Vorderarm fast vollständige und die Hand vollständige atrophische Lähmung zeigte; es waren nicht einzelne Nerven vollständig gelähmt, sondern es waren einzelne Fasergebiete in den betroffenen Nerven ausgefallen, während andere noch gut leitungsfähig waren. Der Fall von Müller macht es also im höchsten Grade wahrscheinlich, dass die die Extremität weiter peripher versorgenden Nervenfasern auch weiter unten aus dem Rückenmark austreten. Bestehen also im Austritte der Nerven aus dem Rückenmark in dieser Weise bestimmte Regeln, so ist es auch erlaubt, dasselbe für den Verlauf der Fasern im Rückenmark anzunehmen und es wäre im vorliegenden Falle von W. anzunehmen, dass gerade der kleine Bezirk der sensiblen Fasern, welche die untere Hälfte des Unterschenkels und den Fuss versorgen, im Rückenmark beisammen liegen müssen, wenn sie auch in verschiedenen Nerven aus demselben austreten und dass dieser Bezirk von dem gliomatösen Process ausgespart geblieben ist, eine Ansicht, die ja allerdings noch des anatomischen Beweises bedarf.

Bei dem zweiten Falle von W., der einen 61jährigen Mann betraf, bei welchem sich das Leiden ebenfalls langsam während $3^1/_2$ Jahren entwickelt hatte, bestanden zur Zeit der Beobachtung Mutilationen an der rechten Hand, partielle Empfindungslähmung am rechten oberen Quadranten, beginnende Atrophie des rechten M. cucullaris, rechtsseitige Lähmung des M. cricoarytaen. post., Sprachstörung (im Sinne einer Dysarthrie), spastische Erscheinungen und eine geringe Ataxie.

Bei der Localisation des Processes, der die Kernregion des N. accessorius und den Hypoglossuskern befallen haben musste, weist W. darauf hin, dass hier bei eben erst beginnender, noch wenig ausgesprochener einseitiger Cucullarisatrophie bereits eine Kehlkopflähmung vorhanden war, dass also fast gleichzeitig eine Innervationsstörung im inneren und äusseren Aste des N. accessorius aufgetreten war; dies entspreche vollständig den Untersuchungen von Darkschewitsch und Dees, welche die Zusammen-

gehörigkeit des Ursprungsgebiets des äusseren und inneren Astes des N. accessorius festgestellt und die Unabhängigkeit des letzteren vom Vagus-Glossopharyngeuskern erwiesen haben.

Während in der Litteratur gleichzeitige Innervationsstörungen des äusseren und inneren Astes des N. accessorius schon bekannt sind, liegt noch keine Beobachtung dafür vor, dass beim Ergriffenwerden des Kerngebietes des N. accessorius der in seinem Innervationsgebiet auftretende Muskelschwund an anderer Stelle eher in Erscheinung tritt als im cucullaris und zwar in dessen unterstem Theile. Dauber.

---

67) **Karl Grube** (Neuenahr): Tabes oder Diabetes mellitus?
(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 1.)

Als differentialdiagnostisches Moment für Pseudotabes diabetica wurde bisher das Erhaltenbleiben der Pupillenreaction angenommen. G. hat nun 2 Fälle von Pseudotabes zu beobachten Gelegenheit gehabt, in welchen die Pupillenreaction fehlte. Der erste Fall betrifft einen 61jährigen Kranken, welcher seit 3 Jahren an Glycosurie litt. Bei demselben stellten sich Winter 1892 neben allgemeiner Furunculose heftige lancinirende Schmerzen in beiden Beinen und Parästhesieen in den Beinen und in der rechten Schulter ein, während sich gleichzeitig eine Unsicherheit beim Gehen bemerklich machte. — Die Patellarreflexe waren erloschen, es bestand Romberg'sches Symptom und völlige Pupillenstarre. Der Urin enthielt 2,4% Zucker. — Nach 14tägiger antidiabetischer Behandlung verschwand der Zucker. Die Besserung hielt an und erstreckte sich schliesslich auch auf die tabetischen Symptome. Dieselben waren Juli 1893 beinahe völlig geschwunden.

Der zweite Kranke, ein 21jähriger Herr, der sich vor einigen Jahren luetisch inficirt hat, erkrankte vor 3 Jahren nach einem anstrengenden Marsche. Zu dem Schwächegefühl in den Extremitäten traten Februar 1893 heftige lancinirende Schmerzen und Hyperästhesie der unteren Extremitäten. Der Harn zeigte einen Zuckergehalt von 6,27%, welcher schliesslich durch antidiabetische Diät auf 0,8% herunterging. Im übrigen zeigte Patient Pupillendifferenz, Pupillenstarre, Romberg'sches Symptom, Unsicherheit beim Gehen, Ataxie, Abschwächung der Muskelkraft in den etwas atrophischen Beinen neben Ischuria paradoxa.

Während H. den letzten Fall als echte Tabes ansieht, die mit Glycosurie (als Folge oder selbstständige Erkrankung) combinirt ist, hält er den ersten für eine Pseudotabes diabetica.

Dass auch bei einfachem Diabetes Pupillenstarre vorkommen kann, hat G. an einem Fall beobachtet, den er im Original näher mittheilt.

Hoppe.

---

c) Neurosen.

68) **F. Jolly**: Ueber Myasthenia gravis pseudoparalytica. — Nach einem am 5. December in der Berl. med. Gesellsch. gehaltenen Vortrage. — Mit einem Nachtrage.
(Berl. klin. Wochenschr. 1895. Nr. 1 u. 2.)

Bei dem 14½jährigen Knaben entwickelte sich seit 1½ Jahren das Symptomenbild in der Weise, dass zuerst eine Schwäche und leichte Er-

müdbarkeit der Augenlider eintrat, welche längere Zeit offen zu halten ihm unmöglich wurde; nach der Ruhe und besonders Morgens war diese Störung kaum vorhanden. Dann trat eine ähnliche Ermüdbarkeit der Beine ein, welche nach kurzer Zeit der Bewegung den Dienst so versagten, dass der Knabe oft plötzlich auf der Strasse zusammenstürzte, während er, wenn er geruht hatte, zunächst einige Zeit normal gehen konnte. Im weiteren Verlauf ergriff dieselbe Schwäche auch die Arme, die Nacken-, Kau- und Lippenmuskeln (Erschwerung des Essens und Sprechens). Bei der Aufnahme in die Charité Juni 1894 zeigte es sich, dass mehr oder minder alle willkürlichen Muskeln an dem Process betheiligt waren: in der Weise, dass sie zunächst nach der Ruhe functionsfähig sind, nach kurzer Thätigkeit diese Fähigkeit verlieren und vorübergehend wie gelähmt erscheinen, um dann abermals nach einiger Ruhe wieder functionstüchtig zu werden.

Die Diagnose: Dystrophia musculorum progressiva, mit welcher der Patient in die Charité geschickt worden war, erwies sich als unzutreffend, da die Muskulatur in Stärke und Beschaffenheit keine Veränderungen und keine Ungleichheiten zeigte; keine fibrillären Zuckungen (nur zuweilen spontane Zuckungen ganzer Muskeln), keine Sensibilitätsstörungen; Reflexe vorhanden.

Die electrischen Reize geben bei gewöhnlicher Stärke keine abnormen Reactionen; bei tetanisirenden Reizen jedoch tritt zunächst Tetanie ein, welche bei jeder folgenden Reizung weniger vollständig wird und auch während der Reizung immer mehr und mehr abnimmt, während bei continuirlichem Strom eine gleichmässige Abnahme der Contraction stattfindet, die je nach der Reizstärke früher oder später ganz verschwindet: also dasselbe Phänomen wie bei der Ermüdung der Muskeln durch den Willensreiz. Auch hier genügt eine Pause von einer Minute, um den Reiz in früherer Weise wieder wirksam zu machen. Im Original ist dies Phänomen durch eine Reihe von myographischen Curven demonstrirt.

Die gleiche „myasthenische“ Reaction hat J. in einem ähnlichen Falle bereits im Winter 1890|91 in der Gesellschaft der Charité-Aerzte demonstrirt. Derselbe betrifft einen 15jährigen Gerberlehrling, bei welchem ein halbes Jahr vor der Aufnahme das Leiden mit Schwäche in den Beinen begonnen hatte, die beim Gehen und Arbeiten bald kraftlos und erst nach einiger Ruhe functionsfähig wurden. Etwas später stellte sich eine ähnliche Schwäche in den Armen und in der Rumpfmuskulatur ein; auch wurde ihm die Sprache etwas schwer. Bei der Aufnahme in die Charité betraf die Affection beinahe die gesammte Muskulatur in der Weise, dass dieselbe sich ausserordentlich erschöpfbar erwies und die einzelnen Bewegungen immer nur ganz kurze Zeit hindurch ausgeführt werden konnten, um dann vollständig zu versagen, während sie sich nach der Ruhe wieder ziemlich functionsfähig erwiesen. Ebenso wie beim Gehen trat beim Kauen, Schlucken, Sprechen und Pfeifen nach kurzer Zeit vollständige Erschöpfung ein. Bei tetanisirender Reizung der Muskeln erzielte man anfangs immer eine ganz gute Reaction, die aber nach mehrmaliger Reizung immer schwächer wurde und schliesslich ganz ausblieb, ohne dass Entartungsreaction bestand. — Die Section des Knaben, welcher März 1891 plötzlich durch Erstickung starb, indem ihm während des Essens ein Bissen im Schlunde stecken blieb,

ergab sowohl bezüglich der Muskulatur als des Nervensystems ein völlig negatives Resultat.

Aehnliche Fälle sind übrigens bereits von anderen Autoren, wenn auch unter anderem Namen (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund, „asthenische Bulbärparalyse“ nach Strümpell) beschrieben worden. Nach J. existiren in der Literatur mit den 2 hier mitgetheilten im ganzen 17 Fälle, davon 11 mit letalem Verlauf, die übrigen theils genesen, theils erheblich gebessert oder von unbekanntem Verlauf. Kalischer hat bei einem neuerdings veröffentlichten Fall Veränderungen durch die ganze Länge des centralen Höhlengraus von den Augenmuskelkernen bis in das Sacralmark gefunden, welche zum Theil in Kerndegenerationen, zum Theil in Hyperämie und Gefässectasieen und in zahlreichen frischen Blutungen sowohl in der grauen Substanz als in den austretenden Nervenwurzeln bestanden. Ob es sich jedoch stets um eine centrale Erkrankung handelt, hält F. noch für unzweifelhaft.

Uebrigens macht J. noch auf die Analogie mit der Thomsen'schen Krankheit, der Myotonia congenita, aufmerksam, zu welcher die Myasthenia gerade das Gegenstück bildet (im Nachtrage bringt J. einige durch faradische Reizung bei Myotonie gewonnene Curven und beschreibt deren Eigenthümlichkeiten). Wie es Alkaloide giebt (Veratrin, Physostigmin, Digitoxin), deren Einverleibung die Muskeln in einen Zustand versetzt, welcher dem der Myotonie ähnlich ist, so giebt es auch, wie J. erfahren hat, ein Alkaloid, Protoveratrin (?), welches in einem gewissen Stadium seiner Wirkung eine der Myasthenie ähnliche Erschöpfbarkeit der Muskeln hervorruft. Da Benedikt eine ähnliche Erschöpfbarkeit der Muskeln bei cerebraler Lähmung und Mosso nach Ermüdung des Gehirns durch geistige Arbeit gefunden hat, so ist es wahrscheinlich, dass es sich dabei wie bei der Myasthenie um eine chemische Aenderung in den Muskeln handelt, welche ihren Ausgangspunkt von einem abnormen chemischen Processe in dem Centralorgan nimmt.

Die Therapie hat vorzugsweise auf möglichste Ruhe und sorgfältige Ernährung zu sehen, welche durch die Erschöpfbarkeit der Kau- und Schlingmuskulatur behindert ist. Nährklystiere sind der Schlundsonde vorzuziehen. Eisen und Arsen scheinen in einzelnen Fällen von Nutzen zu sein. Ob die den myotonischen Zustand hervorrufenden Alkaloide (Veratrin, Physostigmin) günstig wirken, muss erst genauer geprüft werden. Die Faradisation ist zu vermeiden, über die Wirkung des galvanischen Stromes lässt sich vorläufig nichts sagen. Hoppe.

---

69) **Ralph L. Parsons:** Report of a case of acromegaly.
(Journ. of nerv. and ment. dis. 1894, Nov.)

Typischer Fall von Acromegalie bei einem 36jährigen Manne aus nachweislich gesunder Familie, der mit Ausnahme eines Fieberanfalles vordem stets gesund gewesen war. Mit 26 Jahren wurde er gezwungen, den Kopf auf eine Seite zu halten, mit 28 begannen die fortan persistirenden Kopfschmerzen, die einen ungemein heftigen Character annahmen. Mit 30 Jahren bemerkte er eine Zunahme des Volumens seiner Hände etc.

Am 21. October 1893 (mit 36 Jahren) wurde die Behandlung mittelst Schilddrüsenextractes eingeleitet. Zuerst 3mal täglich 5 Tropfen, am 11.

November bis auf 10 Tropfen und am 22. auf 3mal 15 Tropfen gestiegen; diese Dosis wurde bis August 1894 beibehalten. Der Erfolg war eine Erleichterung der subjectiven Beschwerden. Die bis dahin tagtäglich, besonders am Vormittage wüthenden Kopfschmerzen blieben tagelang fort; gesunder Schlaf stellte sich ein oder, wenn der Kranke des Nachts aufwachte, blieb er von Hitze oder Schmerzen im Kopf verschont, so dass er nicht, wie früher, aufzustehen brauchte. Schreiben, Lesen und Gedankenfassen waren wiederum möglich. Patient wurde wieder heiterer und selbstzufriedener.

Auf den eigentlichen acromegalitischen Process hatte die Behandlung keinen Einfluss. Erst im August 1894 schien dieser sich zu vermindern. Weitere Beobachtungen fehlen zur Zeit noch. Buschan.

---

70) **Althaus:** Beiträge zur Aetiologie der Encephalasthenie.
(Archiv für Psychiatrie, XXVI. Bd. 3. Heft)

Althaus erklärt die Encephalasthenie für eine scharf abgegrenzte Neurose. Es dürfte aber kaum eine besonders feste Stütze für diese Behauptung sein, wenn ein Theil der von ihm angeführten Fälle als ganz andere Krankheiten imponiren. Um insbesondere die progressive Paralyse, aber auch die Melancholie mit Sicherheit auszuschliessen, dazu gehören Krankengeschichten und nicht Augenblicksbilder, womit sich Verf. meist genügen lässt.

Von den Ursachen der Encephalasthenie wird die hereditäre Belastung am breitesten behandelt. Für die Art der Uebertragung stellt Althaus 8 Gesetze auf. Diese einzeln anzuführen, dürfte nicht nöthig sein, da sie eigentlich nur die Thatsache umschreiben, dass die Vererbung von den Vorfahren auf die Nachkommen in jeder möglichen Weise stattfinden kann. Die anderen Ursachen, wie sexuelle Störungen, psychische Einflüsse, Infectionskrankheiten etc. werden kürzer behandelt. Ref. vermisst unter diesen die Ueberarbeitung unter der Einwirkung unangenehmer Affecte, vielleicht eine der wichtigsten von allen.

Sehr bedenklich erscheint es auch, die durch organische Gifte, wie Alcohol, Morphium etc. hervorgerufenen Störungen der E. zuzurechnen; das ist denn doch eine zu grob symptomatische Auffassung.

Als Curiosität verdient noch die gelegentlich angeführte Ansicht, dass bei der E. wahrscheinlich häufig blos eine Hemisphäre leide, Erwähnung. Wesshalb?! Oder soll der darauffolgende Krankheitsfall dies beweisen? Ein Kranker leidet an Zwangsvorstellungen und kämpft dagegen an. Sitzen da die Zwangsvorstellungen in der kranken, das gesunde „Ich" in der andern Hemisphäre?

Neue Gesichtspunkte oder Beobachtungen hat Althaus in seiner Arbeit nicht gegeben. Gross.

---

71) **v. Bechterew:** Akinesia algera.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, H. 6.)

B. bespricht einen Kranken mit anämischem und apathischem Aussehen, der in Folge starker Schmerzen in allen Muskeln, Sehnen und Knochen nur mühsam gehen kann. Auch active und passive Bewegungen, Druck und electrische Reizung rufen mehr oder minder starke Schmerzen hervor.

Auch die Zunge ist auf Druck empfindlich, weniger die Gesichtsmuskeln. Am schmerzhaftesten ist die Wirbelsäule. Kniephänomen etwas verstärkt, besonders links, die anderen Sehnenreflexe nicht. Hautreflexe herabgesetzt; ausgesprochene Analgesie auf der ganzen Körperoberfläche mit Ausnahme der rechten Bauchhälfte; Muskelempfindlichkeit gesteigert. Die electrocutane Sensibilität, der Temperatursinn und die Tastempfindlichkeit ebenfalls gestört, ebenso das Muskelgefühl. Trotzdem bestehen weder Ataxie, noch Gleichgewichtsstörungen in Form des Romberg'schen Symptoms. Pupillen sind etwas ungleich, Reaction derselben in beiden Qualitäten prompt, Sehvermögen etwas geschwächt, Farbenperception normal; nur etwas Lichtscheu ist vorhanden. Gehörvermögen etwas geschwächt, Knochenleitung aufgehoben, Geruchsvermögen ganz abhanden gekommen. Rohe Kraft gering, wahrscheinlich in Folge der Schmerzen. Geschlechtsfunctionen geschwächt; irgendwelche Lähmungserscheinungen fehlen. Sprache oft träge, sonst normal. Electrische Erregbarkeit der Muskeln normal, nur die galvanische Reaction ist quantitativ etwas erhöht. P. muss meist im Bette sein. Das Leiden entwickelte sich seit 10 Jahren nach einem heftigen Schreck, als der Patient an beiden Füssen überfahren wurde.

Im Ganzen bestehen also weit ausgebreitete, sensible Störungen, psychische Depression, Herzpalpitationen, Beklemmungsgefühl.

Im Anschlusse an diesen Fall bespricht v. Bechterew noch einige von ihm vor längeren Jahren gesehene Fälle, in denen er im Ganzen den Symptomencomplex, wie ihn die Akinesia algera bietet, wiederfindet.

In der Beurtheilung der Krankheit schliesst sich v. B. im Ganzen Möbius an, der 1891 zuerst das Krankheitsbild unter dem obenstehenden Titel beschrieb, und hält sie ebenfalls für rein functionell. Er will sie nicht unter die Psychosen eingereiht wissen, ebenso kann sie nicht für einen paranoischen Zustand gelten. Der Meinung von Möbius, dass bei der A. a. das Wesentliche darin besteht, dass die willkürliche Thätigkeit wegen geistiger Ueberreizung schmerzhaft werde, stimmt v. B. nicht ganz bei, weil sonst die passiven Bewegungen nicht schmerzhaft sein dürften.

Auch der Annahme, dass die Krankheit bedingt sei durch hereditäre psychoneuropathische Prädisposition und geistige Ueberreizung, stimmt v. B. nicht ganz zu, indem er darauf hinweist, dass es sich in allen seinen Fällen um wenig intelligente Personen handelte und dass in 2 seiner Fälle die Krankheit sich im Anschlusse an eine starke Contusion entwickelt hatte. Zum Schlusse theilt v. B. noch mit, dass es ihm bei dem oben beschriebenen Kranken nicht gelang, in Hypnose die Schmerzhaftigkeit der Muskeln etc. zu beheben, im Gegentheil äusserte der im hypnotischen Schlafe befindliche Kranke genau dieselben Schmerzen auf Druck (durch Stöhnen, schmerzhaftes Verziehen des Gesichts, Röthung desselben), wie im wachen Zustande. Er zieht daraus den Schluss, dass die Schmerzen nicht eingebildet seien, sondern in gewissem Maasse unzweifelhaft ein ebensolches Leiden wie z. B. das bei der Hauthyperästhesie und Neuralgie vorhandene darstellt.

Dauber.

---

d) Therapie.

72) **Joël** (Gotha): Beiträge zur Hirnchirurgie.

1. Bei einem jungen Manne traten $2^1/_2$ Monate nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes Hirnerscheinungen auf, welche nach Spaltung der Dura, Einschnitt in die Hirnmasse und Entleerung fötiden Eiters allmählig schwanden. Heilung nach 6 Monaten.

2 Bei einem 11jährigen Knaben traten 2 Monate nach der Operation (Entfernung des Hammers und Abmeisselung des knöchernen Theiles der äusseren Paukenhöhlenwand) Hirnerscheinungen auf. Nach breiter Eröffnung von Warzenfortsatz und Paukenhöhle und Abmeisselung der Schuppe wölbte sich die Dura unter ausserordentlich hohem Druck in die Knochenhöhle; ein Abscess wurde bei der Spaltung nicht gefunden. Später Hirnverfall, nach dessen Abtragung vorübergehende Aphasie. Nach 11 Monaten Heilung. J. meint, dass es sich nicht um eitrige Leptomeningitis gehandelt habe.

Hoppe.

---

73) **Nasse** (Berlin): 2 Fälle von Hirnchirurgie.
(Berlin. klin. Wochenschrift 1895. Nr. 3.)

Einem 43jährigen Arbeiter fiel ein schwerer Meissel auf den Kopf und drang mit der Spitze in den Schädel ein, so dass eine perforirende Schädelwunde (2 cm lang, kaum einige Finger links von der Medianlinie in der Höhe der Coronarnaht) entstand, aus welcher Cerebrospinalflüssigkeit ausfloss. Der provisorisch angelegte Jodoformgazeverband führte nach einigen Tagen, in denen Patient sich wohl befand, zu einem heftigen Jodoformeczem, unter dem die Wunde zu eitern begann. Am 11. Tage nach der Verletzung Sprachstörungen und Verzerrung des Mundes neben Kopfschmerzen und Apathie. Tags darauf wurde Patient in die chirurgische Klinik gebracht. Er vermochte nur unarticulirte Laute hervorzubringen, verstand aber alles und reagirte auf Befehle. Lähmung des rechten unteren Facialis, keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Klagen über Kopfschmerzen, geringe Pulsbeschleunigung, mässige Apathie.

N. wartete, weil die Haare mit Blut, Eiter und Eczemkruste furchtbar verschmiert waren, zunächst mit der Operation ab, um zunächst das Eczem zur Heilung zu bringen. Da aber nach 5 Tagen eine wesentliche Verschlimmerung eintrat (Parese des Augenfacialis und der rechtsseitigen Extremitäten, grosse Apathie), schritt er sofort zur Trepanation. Aus der perforirten Dura wölbte sich etwas erweichte Hirnmasse vor, in welcher noch ein Büschel Haare lag. Die Dura war in der Umgebung mit dem Hirn verklebt. Die tief in das verletzte Gehirn eindringende Kornzange stiess endlich auf den Eiterherd, aus dem dicker, rahmiger geruchloser Eiter hervordrang; der Abscess war über wallnussgross und dehnte sich besonders nach hinten und unten aus.

Nach der Operation besserte sich sofort das Allgemeinbefinden, nur die Aphasie und die Facialislähmung blieb noch bestehen, während die Lähmung der rechten Extremitäten vollständig wurde. Nach einigen Tagen begannen jedoch die Ausfallserscheinungen zurückzugehen. Am schnellsten war die Aphasie geschwunden (nach 3 Wochen), während die Lähmung

der Extremitäten nur sehr langsam und die Parese des Facialis sehr spät sich besserte. — Die Lage des Abscesses, welcher von einer ziemlich dicken Rindenschicht bedeckt an der vorderen Centralwindung ziemlich nahe der Hirnbasis lag, erklärt ungezwungen alle Erscheinungen. Jedenfalls begann die Eiterung in der Tiefe des Stichkanals und schritt langsam nach oben fort.

Der zweite Fall betrifft einen 6jährigen Knaben, dem ein schweres Holzstück auf den Kopf gefallen war, wobei ein an demselben haftender Nagel tief in die linke Seite des Kopfes eingedrungen war. Die Wunde begann zu eitern. Am 6. Tage nach der Verletzung wurde der Knabe mit völliger Aphasie und heftigen rechtsseitigen clonischen Krämpfen in die Klinik gebracht. Dieselben begannen im rechten Facialis, worauf ruckweise Bewegungen beider Augen nach rechts und Drehen des Kopfes nach rechts eintrat, und gingen gewöhnlich auf den rechten Arm über, an welchem N. nach einem solchen Anfalle eine schnell vorübergehende Parese constatirte. In den Pausen war Patient bei Bewusstsein und ruhig. Die Wunde befand sich beinahe genau an derselben Stelle, wie im vorigen Falle. Keine Allgemeinerscheinungen. Bei der noch am selben Tage ausgeführten Operation zeigte die Tabula int. sich in weitem Umkreise zersplittert und die Dura mater vielfach Risse, aus welchen braunrothe erweichte Hirnmasse hervorquoll. In dem etwa taubeneigrossen Quetschungsherde fand sich eine Menge grosser Knochensplitter, in der Umgebung war das Hirn von normaler Consistenz. Sofort nach der Operation sistirten die Krampfanfälle; am anderen Morgen konnte der Knabe vollkommen sprechen und war ganz munter; nur eine leichte Parese des rechten Armes bestand noch.

Während die Angehörigen des Knaben bei seiner Einlieferung angegeben hatten, dass die Sprachstörungen und Krämpfe erst am 5. Tage eingetreten seien, so dass der Fall etwas unklar blieb und N. nur die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Herderkrankung des Hirns zu stellen vermochte, stellte sich nach der Operation heraus, dass der Knabe bereits am Tage nach der Verletzung erbrochen und schon am 3. Tage Sprachstörungen und Zuckungen im Gesicht gezeigt hatte, welche sich dann schnell auf die Augen, den Kopf und den rechten Arm ausdehnten und immer häufiger und heftiger wurden. Es war also auch durch die Anamnese bestätigt, dass es sich um eine einfache Contusion mit Reizerscheinungen gehandelt hatte. Hoppe.

---

74) **C. Wegele:** Die Wirkungsweise der Sool- und Seebäder, ihre Indicationen und Anwendungsweise.

(Heft Nr. 37—40 der Medicinischen Bibliothek für practische Aerzte.)
(Leipzig, C. G. Naumann, 1894.)

Die „Medicinische Bibliothek für practische Aerzte“ hat trotz ihres kurzen Bestehens allenthalben günstige Beurtheilung und Aufnahme gefunden. Die in ihr enthaltenen Abhandlungen erörtern zumeist recht zeitgemässe Fragen und zeichnen sich vor ähnlichen Unternehmungen auch durch ihren wohlfeilen Preis aus. Auch das vorliegende Bändchen scheint einem thatsächlichen Bedürfnisse Rechnung zu tragen. Es genügt an den ungeheuren Aufschwung zu erinnern, den in der jüngsten Zeit die sogenannten physikalischen Heilmethoden überhaupt, sowie die Balneotherapie im besonderen

gewonnen haben und der u. A. eine gründliche Durcharbeitung des Materials über Sool- und Seebäder recht wünschenswerth erscheinen lässt. Wegele unterzieht sich dieser Aufgabe mit vielem Geschick und Scharfsinn. Seine Erfahrungen, die er auf der einen Seite als früherer Badearzt auf Sylt, auf der anderen als augenblicklicher Badearzt von Königsborn gesammelt hat, lassen ihn hierzu competent erscheinen.

Seite 3—140 sind den Soolbädern, 141—225 den Seebädern gewidmet. Den Schwerpunkt legt der Verfasser auf die theoretische Begründung des balneotherapeutischen Verfahrens. Gestützt auf seine eigenen reichen Erfahrungen und eine gründliche Litteraturkenntniss sucht er dem übertriebenen Skepticismus, der sich auf dem vorliegenden Gebiete in ärztlichen Kreisen breitmacht, gegenüberzutreten, ohne indessen in das andere Extrem, in den Optimismus, zu verfallen. Er kommt zu dem Resultat, dass die Wirkung der Soolbäder sowohl als auch die der Seebäder eine rein physikalisch-chemische ist und nicht auf Resorption beruht, und dass die letzteren gegenüber der Seeluft bei weitem zurückstehen.

An die theoretischen Erörterungen schliessen sich in jedem der beiden Hauptabschnitte solche practischen Inhaltes, die Indicationen der Soolbehandlung, bezw. für den Gebrauch von Seeluft und Seebad, an. Auch die Behandlung der Nervenkrankheiten findet, besonders im ersten Abschnitte, gebührende Beachtung.

Wir wünschen dem Schriftchen auch bei unseren Specialcollegen weite Verbreitung.

Buschan.

---

75) **Hausberg** (Dortmund): Beitrag zur Operation des otitischen Kleinhirnabscesses.

Bei einem 14jährigen Knaben, der seit dem 6. Lebensjahre an Ohrenfluss leidet, traten unter Anschwellung des Warzenfortsatzes Schüttelfröste auf, welche auf Sinusthrombose gedeutet wurden. Am 15. April Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, welcher sich ganz mit putridem Eiter gefüllt zeigte. Entfernung des defecten Sulc. sigmoideus, des ganzen hinteren Theiles des Warzenfortsatzes nach innen bis zum äusseren Bogengang und eines Theils der Schädeldecke oberhalb des Sinus transv. Im Hirn taubeneigrosser Abscess mit Fistel bis unterhalb des Antrums. Am 4. Tage nach der Operation zeigt sich beim Verbandswechsel ein zweiter Abscess oberhalb des ersteren, der gleichfalls eröffnet wurde. Am 19. April Tod.

Bei der Section fand sich ein Abscess in der hinteren Schläfengrube, der dem Schläfenlappen angehörte, während man einen Kleinhirnabscess vermuthet hatte.

Zur Heilung der Kleinhirnabscesse empfiehlt H. die breite Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und ausgedehnte Freilegung des Kleinhirns.

Hoppe.

76) **Ambrose L. Ranney** (New-York): „The eye-treatment of chorea" (die Augenbehandlung der Chorea).

[The med. Record, 5. u. 12. Mai 1894.)

Nach Verf. spielen rücksichtlich der Aetiologie und Therapie der Chorea gewisse Augenerkrankungen eine grössere Rolle, als andere ursächliche Momente. Er stellt in dieser Hinsicht auf Grund vieler von ihm behandelter Fälle — 20 derselben berichtet er ausführlich — folgende Sätze auf: 1. Die an Chorea Leidenden lassen sich in 2 Klassen unterbringen, je nachdem sie theils ohne Behandlung, theils durch jede beliebige genesen oder allen Behandlungsarten unzugänglich sind; in letzterem Falle pflegt die Krankheit einen chronischen, progressiv ungünstigen Verlauf zu nehmen. 2. Diese chronische Form der Chorea ist eine der ernstesten und hoffnungslosesten Nervenkrankheiten, sobald man sie durch Arzneimittel allein angreift; sie ist nicht selten mit Epilepsie oder geistigen Schwächezuständen, oft mit Kopfschmerz, zuweilen auch mit deutlichen asthenopischen Erscheinungen verbunden. 3. Beide Formen der Chorea basiren in der Regel auf einer deutlichen neuropathischen oder tuberkulösen Disposition. 4. Die Pathologie der Chorea ist unbekannt, insofern es noch nicht gelang, eine der Krankheit eigenthümliche organische Läsion aufzuweisen. 5. Eine grosse Anzahl Choreatischer, ungefähr 70%, leiden an gewöhnlich latenter Hypermetropie. 6 Die diesen verordneten Correctionsgläser müssen genau und gut sitzen, namentlich mit ihren Centren die Pupillen decken. 7. Bei jedem choreatischen Kranken ist genau nach etwa latenter Heterophorie (Augenmuskelfehlern aller Art) zu forschen. 8. Deutliche Heterophorie verlangt ein nur schrittweises Vorgehen mit Tenotomien und Sehnen-Verlagerungen. 9. Prismatische Gläser heilen nicht, empfehlen sich daher nicht zu dauerndem Gebrauche. 10. Die an Chorea Leidenden werden gewöhnlich schnell durch eine passende Augenbehandlung allein geheilt, so dass die Prognose, namentlich in chronischen Fällen, ausserordentlich günstig ist. 11. Die Augenschäden Choreatischer sind in der Regel weniger complicirt und leichter zu entdecken, als die Epileptischer; auch weichen sie schneller der Behandlung. 12. Diejenigen spasmodischen Bewegungen, welche organische Läsionen des Gehirns begleiten und anzeigen (z. B. die bei Leptomeningitis vorkommenden), sind nur bei einer kleinen Anzahl Choreatischer vorhanden und gewöhnlich mit anderen Krankheitserscheinungen vergesellschaftet. Organische Hirn- und Rückenmarkskrankheiten können allerdings heftige choreatische Bewegungen hervorrufen, doch thut man gut, die Diagnose erst nach Ausschluss aller möglichen Reflexursachen der Chorea zu stellen. 13. Die allgemein gegebene Vorschrift, dass choreatische Kinder die Schule nicht besuchen, choreatische Erwachsene ihre Geschäfte nicht besorgen sollen, ist gut, da die den Augen und Nervencentren dadurch gegebene Ruhe zur Heilung acuter Fälle ausserordentlich zweckdienlich ist.

Voigt.

---

77) **Dumontpallier**: Heilung eines Falles von Chorea durch Suggestivtherapie.

(Zeitschrift für Hypnotismus, Juni 1894, Heft IX.)

Ein 12½jähriges Mädchen, welches seit November 1891 an mittelschwerer Chorea leidet, wird Ende October D. zur Behandlung zugeführt.

Das Kind ist anämisch, zeigt keine ausgeprägten hysterischen Stigmata, aber sehr grosse Erregbarkeit und Unruhe, ist zerstreut und kann oder will seine Aufgaben nicht mehr lernen. Die Chorea begann 8 Tage nach einem grossen Aerger und einer heftigen Erregung, von welcher die Kleine betroffen wurde. Bromkali, Schwefelbäder, Eisen- und Chinapräparate hatten nur eine geringe und vorübergehende Besserung zu Stande gebracht. Es gelang sehr leicht, das Kind einzuschläfern. Nach der ersten hypnotischen Sitzung mit den durch die Sachlage erforderten Suggestionen blieb die Patientin 2 Stunden frei von Krampfbewegungen und nach der 4. Sitzung traten die Choreaerscheinungen nur mehr Morgens auf. Vom 8. Tage an blieben sie ganz weg, das Kind lernte auch seine Aufgabe leicht, beschäftigte sich den ganzen Tag nützlich und schlief gut. Die Suggestionbehandlung wurde in der Folge nur seltener vorgenommen und Anfangs November konnte man die Heilung als vollständig betrachten. Der Erfolg der Psychotherapie in diesem Falle muss als ein recht beachtenswerther bezeichnet werden.

L. Löwenfeld.

---

78) **Samuel Ayres**: A case of myxœdema treated by sheep's thyreoid.
(Journ. of nerv. and ment. sc 1894, August.)

53jährige Wittwe mit wohl characterisirtem Myxödem. Behandlung mittelst pulverisirter Schilddrüsensubstanz (15 gran zu 3 gleichen Theilen jeden zweiten Tag). Aus Versehen nahm die Kranke die vorgeschriebene Dosis jeden Tag und bekam davon Erbrechen, Zittern, Palpitationen, Schwäche, Hitzegefühl, Anorexie, Erscheinungen, die die Dosis auf 3 gran 3mal täglich herabzugehen zwangen. Nach 4 Wochen hatte die Kranke im ganzen 40 Pfund an Körpergewicht verloren und war frei von den Erscheinungen des Myxödems. — Im Anschluss an diese Beobachtung macht A. den Vorschlag, die Schilddrüsenbehandlung auch bei Geisteskrankheiten, z. B acuter Demenz, Manie, Melancholie, Tetanus, Epilepsie etc. zu versuchen. Er beruft sich hierbei auf die günstigen Erfahrungen von Vermehren, Shaw und Bramwell, die auch Krankheiten betreffen, die mit einer Schilddrüsenalteration nichts zu thun haben. Buschan.

---

79) **George E. Anson**: Result of a years treatment of a case of sporadic cretinism by thyroid juice.
(The Lancet, 28. April 1894.)

Beschreibung eines Falles von Cretinismus bei einem zehnjährigen Kinde, welches mit sehr gutem Erfolg mit Schilddrüsenextract behandelt wurde.

Wichmann.

---

80) **R. H. F. Routh**: Locomotor ataxy treated by Brown-Séquard's fluid.
(The Brit med. Journ., 30. Dec. 1893, pg. 1425.)

R. hat in einem Fall von Tabes die Injectionen mit dem Testikelsaft nach der Methode von Brown-Séquard gemacht. Der Erfolg war gleich Null. Doch stellte sich eine Verminderung der Herzthätigkeit ein.

Wichmann.

81) **Guy M. Wood** und **A. J. Witting**: Notes on some cases of nervous disease treated with Dr. Brown-Séquard's orchitic fluid.
(The Lancet, 3. Febr. 1894, pg. 293.)

Das Resultat der Behandlung von 23 Fällen von Tabes, Friedreich's Ataxie, multipler Sclerose, Lateralsclerose, Paralysis agitans, Hemiplegie,

Neuritis, progressiver Muskelatrophie und functioneller Lähmung mit Testikelsaft war ein völlig negatives. Wichmann.

---

82) **J. Marshall Hawkes** (New-York): „Trephining the frontal bone for chronic headache“. (Trepanirung des Stirnbeins wegen chronischen Kopfschmerzes).

(The Medic. Record, 25. Aug. 1894.)

Der Fall betrifft einen 28jährigen Mann, der sich in seinem 8. Lebensjahre durch einen Fall das Stirnbein verletzt hatte und der seitdem an beständigem, oft heftig sich vermehrendem Stirnschmerz litt. Die Trepanation, durch welche ein kleines, leicht eingedrücktes Knochenstück entfernt wurde (die dura mater zeigte sich gesund), brachte schnelle und vollkommene Heilung. Uebrigens waren Krämpfe, Bewusstlosigkeit, Erbrechen u. dgl. im Verlaufe der Erkrankung niemals dagewesen. Voigt.

---

83) **E. Herskind**: Om den kirurgiske Behandling og Patogenesen af Mb. Basedowi.

(Bibliotek for Læg. 1894, S. 204.)

Der Verf. giebt eine Uebersicht über die in der Literatur beschriebenen Fälle von Exstirpation der Gl. thyreoidea (total oder partiell) oder Unterbinden ihrer Arterien bei dem Mb. Basedowii und theilt selbst einen neuen Fall mit, von Möller in Odense operirt. Es war dieser ein 31jähriger Mann, welcher seit 4 Jahren an zunehmender Schwäche, gesteigerter Pulsfrequenz (120), Tremor, Exophthalmus, Neigung zu Schweiss mit Diarrhoe gelitten hatte. Er wurde mittelst Strumectomie nach Kocher's Methode behandelt; ein kleines Stück des linken Lobulus und der Isthmus wurden nachgelassen. Vollständige Heilung. — Im Ganzen sind bei dieser Behandlung ausgezeichnete Resultate erzielt worden. Nur wo die ganze Gl. thyreoidea entfernt wurde, traten üble Zufälle ein. Einzelne Kranke sind kurz nach der Operation an zufälligen Gründen gestorben.

Was die Pathogenesis betrifft, schliesst der Verf. sich ganz an die Theorie Möbius' an, dass die Krankheit auf einem abnormen Chemismus der Gl. thyr. beruht. Koch (Kopenhagen).

---

84) **E. Leyden**: Demonstration eines Falles von Rindenepilepsie, geheilt durch Trepanation. — Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 11. Juli 1894.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 37.)

Der 30jährige Mann hatte als 4jähriger Knabe eine Schädelfractur erlitten, welche auf der Höhe des Schädels recht dicht neben der Mittellinie eine flache Knochendepression und eine mit dem Knochen verwachsene Narbe zurückgelassen hatte. Vor 2 Jahren wurde derselbe, nachdem er bis dahin vollständig gesund gewesen war, plötzlich bei der Arbeit (nach einer kurzen Aura von Uebelkeit und eigenthümlicher Geruchsempfindung) von linksseitigen Krämpfen befallen, die im Gesicht begannen, auf den Arm übergingen und schliesslich das Bein ergriffen und ca. 10 Minuten, ohne das Bewusstsein zu stören, andauerten. Solche Anfälle wiederholten sich in den letzten 2 Jahren öfters (der letzte am 3. Jan. 1894).

Ende Februar traten reissende Schmerzen in der rechten Kopfhälfte ein bis zum Genick, womit sich Benommenheit und Unsicherheit der Bewegungen verband. Dazu kam allmählig Schwäche der linksseitigen Extremitäten, die sich bis zur vollkommenen Hemiplegie steigerte. Am 5. März wurde er in die Charité aufgenommen. Neben Benommenheiten des Sensoriums bestand linksseitige Hemiplegie, Steigerung der Patellarreflexe und Fussclonus links. Augenhintergrund frei. Die Benommenheit steigerte sich bis zur Somnolenz.

Es musste angenommen werden, dass an der Stelle der Schädeldepression die (motorischen) Rindencentren erkrankt seien. Am 12. März wurde Patient von Bardeleben trepanirt. Ausser einer Verdickung des Bindegewebes (? Ref.) zwischen Dura und Knochen fand sich jedoch nichts abnormes. Ebenso ergab die Punction der Hirnsubstanz durch die etwas vorgewölbte Dura ein negatives Resultat.

Dagegen zeigte sich der überraschende Erfolg, dass, während in der ersten Zeit nach der Operation alle Erscheinungen fortbestanden, nach ca. 8 Tagen eine bedeutende Besserung eintrat, welche allmählig weiter fortschritt, so dass L. den Kranken als beinahe vollständig geheilt vorstellen konnte. Es bestand nur noch eine geringe Parese des linken Beins, entsprechend der Stelle der Schädeldepression. Hoppe.

---

85) **W. Alexander**; Trephining in epilepsy in doutful cases.
(The Brit. medic. Journ, 25. Nov. 1893, pg. 1149.)

A. führt zunächst die Resultate der Trepanation an nach Statistiken. So berichtet Billing über 72 Fälle; davon verlief die Operation in 16 ungünstig, 41 wurden geheilt, 4 blieben unverändert, 11 besserten sich. Briggs berichtet über 92 amerikanische Operationen, davon wurden 63 geheilt, 13 gebessert, 2 nicht verändert, 14 starben. Im St. Bartholomäushospital Reports sind 130 Fälle aufgeführt. Davon wurden 75 vollständig geheilt, 18 gebessert, 7 ungebessert oder schlechter, 30 starben. Die eigene Statistik von Dr. Briggs umfasst 28 Fälle; davon wurden 23 geheilt, 3 gebessert, 1 blieb unverändert, 1 starb. A. führt 10 eigene Fälle an, deren Resultate „nicht sehr brillant, aber doch sicher ermuthigend" sind. In allen Fällen war ein Unfall vorhergegangen. Wichmann.

---

86) **John Hern**: The effect of repeated tappings on hydrocephalus.
(Brit. med. Journ., 11. Nov. 1893, pg. 1046.)

H. berichtet über 6 Fälle von Hydrocephalus bei Kindern, welche von ihm mit Punction behandelt waren. In 5 erzielte er Besserung. In einem Falle nahm der Hydrocephalus zu und wies die Section später einen Kleinhirntumor auf. H. ist der Ansicht, dass die Operation aseptisch gemacht und die Flüssigkeit langsam aspirirt gefahrlos sei, dass ihr gewöhnlich Besserung folgt und dass, wenn frühzeitig genug operirt wird, etwas Aussicht besteht, dass das Kind ein brauchbares Glied der menschlichen Gesellschaft wird. In der Discussion theilt Godlee diese Ansicht nicht; er sei von der Operation, wie auch fast alle übrigen Chirurgen, die er fragte, wieder zurückgekommen, da sie keinen Nutzen brächte.

Wichmann.

---

87) 1. **Rob. Munro**: On trepaning in the human skull in prehistoric times.
(Procced. of the Soc. of Antiquaries of Scotland, Vol XXVI, 1892. Sep.-Abdr.)
88) 2. **Mc. Gee**: Primitive trephining, illustrated by the Muniz Peruvian collection.
(Bull. of the Johns Hopkins Hosp.. Vol. V, 1894, Nr. 37.)

Dass die Trepanation bereits in vorgeschichtlicher Zeit geübt wurde, steht zweifellos fest, nur über den Punkt gehen die Ansichten noch auseinander, ob dieselbe ausschliesslich post mortem (zur Gewinnung von Amuletten) oder auch bereits zu Lebzeiten des Trepanirten vorgenommen worden ist. Für die letztere Annahme, die Broca bereits vor einer Reihe von Jahren aufgestellt und vertheidigt hat, liegen nunmehr unumstössliche Beweise vor. In einem Grabe zu Mountstuart (auf der Insel Bute), das der Bronzeperiode angehört, wurde ein Schädel gefunden, der nach der Schilderung von Munro eine Trepanationsöffnung auf dem linken Frontale trägt, die ursprünglich 25 mm breit gewesen sein muss, sich aber wieder bis auf eine Oeffnung von 7 mm Durchmesser geschlossen hat, ein Beweis dafür, dass das betreffende weibliche Wesen nach der Operation noch Jahre lang gelebt hat.

Einen noch deutlicheren Beweis für die Vornahme der Trepanation bei Lebzeiten bietet eine Serie trepanirter Schädel, die Muniz in den präcolumbischen Gräberfeldern des alten Peru gesammelt hatte und voriges Jahr auf die Weltausstellung zu Chicago schickte. An einzelnen derselben lassen sich die verschiedenen Phasen der Operation, die mittelst Steingeräthe entweder durch Einschnitte und darauffolgende Ausmeisselung oder durch Abkratzen des Knochens ausgeführt wurde, noch deutlich feststellen; man darf hier wohl annehmen, dass der Kranke wegen Geisteskrankheit oder Epilepsie der Operation unterworfen wurde, in der Absicht, dem bösen Geiste einen Ausgang aus dem Gehirn zu schaffen (wie dies auch noch in unseren Tagen einzelne Naturvölker thun) und dass derselbe unter den Händen des Trepanirenden gestorben ist. — Einige andere Schädel zeigen frische Depressionsfracturen und gleichzeitig die in Angriff genommene Trepanation, die indessen unvollendet blieb, weil der Kranke vorzeitig seinen Geist aufgegeben haben muss. Hier wurde die Trepanation offenbar zu chirurgischen Zwecken unternommen. — Das merkwürdigste Stück in der Sammlung ist ein Schädel, der auf der linken Hälfte eine schon in frühester Jugend erlittene, aber gut verheilte traumatische Depression, auf der rechten Seite dagegen, in dem gleichen Abstande von der Mittellinie, eine Trepanationsöffnung aufweist, mit welcher der Operirte noch lange herumgelaufen sein muss, wie die Anzeichen einer entzündlichen Reaction bezeugen. Derselbe Schädel verdient ausserdem noch dadurch ein erhöhtes Interesse, dass auf der Trepanationsöffnung eine entsprechende Silberplatte gefunden wurde, die deutliche Spuren längerer Abnutzung trägt und höchst wahrscheinlich zum Schutze des Knochendefectes diente. In diesem Falle ist wohl der Rückschluss gestattet, dass das betreffende Individuum in seiner zartesten Jugend einen Knochenbruch des Schädels erlitt, davon später Epilepsie acquirirte und desswegen vom „Medicinmann“ trepanirt worden ist — tout comme chez nous aujourd'hui. Buschan.

———

89) **Brissaud:** Les paraplégies du *Mal* de Pott; leur pronostic et leur traitement chirurgical.

(Révue internat. de médec. etc. 1894, 22.)

Nach einer kurzen Schilderung der bekannten Symptome der Paraplegieen, welche beim Pott'schen Buckel auftreten, betont Verf. die relative Gutartigkeit derselben. Ihre Prognostik falle keineswegs mit der der Knochenerkrankung zusammen. Verf. bespricht nun ausführlich die pathologische Anatomie dieser Processe, die auch eine Erklärung für die oft unerwartet auftretenden Spontanheilungen in sich schliesst.

Die directe Ursache der Paraplegieen ist nicht der Gibbus selbst, sondern eine Compression des Markes durch tuberkulöse, oft käsige Infiltration der Innenfläche der dura mater, welche auch unabhängig von der Wirbeltuberkulose bestehen kann. Die von älteren Autoren beschriebene destructive Myelitis leugnet Verf.; dieselbe sei vorgetäuscht durch eine Dissociation der nervösen Elemente und einer Destruction der Nervenscheiden. In Folge der bestehenden pachymeningitischen Adhäsionen und einer ödematösen Durchtränkung des Nervengewebes komme es durch die Biegung der Wirbelsäule zu einer Dehnung des Markes. Diese bewirke eine Art Heterotypie, ohne dass eine Trennung der leitenden nervösen Elemente stattfinde. Transversalschnitte erscheinen in Folge dessen verdünnt, die Nervenzellen vielfach dislocirt, die Nervenfasern ihrer Markscheiden beraubt (wodurch sie microscopisch schwer erkennbar werden). Bei zeitweiliger Aufhebung der Function besteht doch die Fähigkeit zur Entwicklung einer neuen Scheide und Wiedererlangung der Leitungsfähigkeit.

Die bestehende Pachymeningitis besitzt einige Besonderheiten. Meist ist sie eine externe, dann kommt es nur zu einer ödematösen Durchtränkung und Compression des Markes; Spontanheilung ist hier häufig. Gefährlicher ist es, wenn es zur Pachymeningitis interna kommt, wegen der Möglichkeit einer Pachymeningo-Myelitis und transversalen Myelitis mit ihren irreparablen Folgeerscheinungen.

Die schweren Formen der pottischen Paraplegieen documentiren sich meist durch spitzwinklige Umknickung der Wirbelsäule. Ausser durch Compression des Markes sind die Paraplegieen oft bedingt durch Compression der austretenden Wurzeln. Bestehen sehr heftige Schmerzen, so ist immer an eine Compression auch der hinteren Wurzeln zu denken.

Verf. bringt nun einige sehr interessante Krankengeschichten, die sich trotz sehr schwerer Symptome durch günstigen Verlauf auszeichnen. Er schliesst hieran seine Ansichten über die Therapie. Diese besteht in absoluter Ruhe, event. Immobilisirung und kräftigster Ernährung. Einen chirurgischen Eingriff verwirft er im Allgemeinen, da selbst Fälle mit schwersten cervicalen Symptomen, sowie Blasen- und Mastdarmlähmungen spontan und complet heilen können. Er billigt einen operativen Eingriff nur beim Auftreten eines sonst letalen decubitus acutus. Lehmann (Werneck).

---

90) **W. v. Bechterew:** Ueber die Bedeutung des gleichzeitigen Gebrauchs der Bromide und der Adonis vernalis bei Epilepsie.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 23.)

Die Erwägung, dass den epileptischen Anfällen vasomotorische Veränderungen im Gehirn, dem Character nach eine active Hyperämie der

Stirnhöhle, zu Grunde liegen müssen, hat v. B. bereits vor Jahren zur Combination der Bromide mit Adonis vernalis geführt. v. B. verordnete ein Infus von 2,0 bis 3,75 Adonis vernal. auf 180,0 nebst 7,5 bis 11,25 Bromiden. Von dieser Mixtur, zu der nicht selten noch 0,12—0,18 Codein als Sedativum zugefügt wird, lässt v. B. täglich 4—6, zuweilen auch 8 mal einen Esslöffel nehmen.

v. B. empfiehlt diese Combination, welche er in vieljähriger Praxis stets mit einem Erfolge gebraucht hat, auf's angelegentlichste. Die epileptischen Anfälle hören nach v. B. zuweilen sogleich auf, in anderen Fällen wird ihre Zahl und Heftigkeit stark gemindert.

Hoppa.

---

91) **Leonard Freeman** (Cincinnati, O.): „Secondary suture of the sciatic nerve“.

(The Medic. Record, 29. Sept. 1894.)

Ein 19jähriger Neger, dem in der hintern oberen Hälfte des linken Oberschenkels eine bis zum Knochen dringende Wunde beigebracht war, wurde zwar schnell geheilt, doch „blieb der Fuss gefühllos und konnte das Bein nicht frei gebraucht werden“. $2^1/_2$ Jahre später bestand „Paralyse und Atrophie der linken Bein- und Fussmuskeln, geringe Atrophie der Lende, Anästhesie fast der ganzen äusseren Beinseite, sowie der Fusssohle und des Fussrückens“. Diese anästhetischen Stellen waren trocken und mit einem weisslichen, schuppigen Epithel bedeckt. Ausserdem fand sich Oedem des Fusses, ein breites und tiefes Geschwür unter der Hacke und Fehlen mehrerer Zehennägel. Bei der Operation war es schwierig, das untere atrophische Stück des n. ischiadic. zu finden, während das obere sich durch eine wallnussgrosse spindelförmige Endanschwellung verrieth. Nach Entfernung derselben und nachdem die atropischen Fasern des unteren Endes soviel als möglich von den sie umgebenden Geweben getrennt und resecirt worden waren, wurden beide etwa 4 Zoll von einander entfernten Nervenenden soweit als möglich hervorgezogen und durch Catgut vereinigt — eine Operation, die nur dadurch möglich war, dass die Hüfte des Kranken in Extensions-, sein Knie in Flexionsstellung festgelegt wurde. Schon am dritten Tage nach der Operation fühlte Patient Nadelstiche; am 8. zeigte sich das Gefühl noch besser und die trophischen Störungen fingen deutlich an abzunehmen. Vier Wochen nach der Operation war die Haut und das Gefühl wieder normal, dazu das Geschwür nahezu geheilt; dagegen war in Bezug auf die motorische Parese eine wesentliche Aenderung nicht eingetreten, doch konnte Patient, der von der 3. Woche ab Streckversuche zu machen hatte, ohne Krücke oder Stock gehen. Ein Jahr später stellte sich der Kranke wieder vor wegen des Hackengeschwürs, das augenscheinlich mehrmals geheilt und wieder aufgebrochen war. Nach abermals 2 Jahren musste schliesslich der Fuss amputirt werden, da sich jenes Geschwür bedeutend vergrössert, sich auch ein zweites nahe der kleinen Zehe gebildet hatte; im Uebrigen war das Bein oberhalb der Knöchel vollkommen gesund.

Voigt.

---

92) **E. Hecker** (Wiesbaden): Die Behandlung der Hysterie.
(Therapeut. Monatshefte 1894, H. 4 u. 5.)

Nach kurzer, theilweise von neuen Gesichtspunkten ausgehender Erörterung des Wesens der Hysterie, das H. besonders durch 3 Umstände, Betonung aller Vorstellungen von lebhaften Gefühlen, leichte Steigerung dieser Gefühle zu entsprechenden Affecten und raschen Stimmungswechsel, characterisirt sieht, und deren körperliche Symptome am meisten den Begleiterscheinungen des Schreckaffectes — tonische Zustände, Dyspnoe, Sprachlosigkeit etc. — analog seien, daher denn auch nach einem Unfalle sich entweder Hysterie oder Neurasthenie entwickeln, je nachdem Schreck oder Angst, der Parallelaffect der Neurasthenie, als psychisches Trauma wirken; nach diesen initialen Erörterungen giebt H. eine Uebersicht über die Behandlung der Hysterie, deren Methode Consequenz und Energie, deren Hauptziel Ablenkung von den autosuggestiven Vorstellungen durch rationelle Beschäftigung sein müsse und deren sonstige Hülfsmittel Hypnose in leichteren Graden (nur durch Suggestion), milde Hydrotherapie und Electricität in variabler Form sein können, alles freilich Maassregeln, die sich am besten in „offenen Kuranstalten“ durchführen liessen. E. Trömner.

---

93) **Lewis C. Bruce** (Edinburgh): Observations on the effect of thyroïd feeding in some forms of insanity.
(Journ. of ment. science 1895, Jan.)

Die Erfahrung, dass Geisteskranke recht häufig langsamen Puls und subnormale Temperatur aufweisen und dass fieberhafte Krankheiten, z. B. Erysipel, exanthematische Krankheiten, Karbunkel etc. nicht selten Besserung oder Heilung von Psychosen herbeiführen, sowie auf der anderen Seite, dass Schilddrüsenbehandlung bei Myxödem die Pulsfrequenz und die subnormale Temperatur steigert, brachte den Verfasser auf den Gedanken, bei Geisteskrankheiten die „Schilddrüsenfütterung“ zu versuchen.

Im Ganzen wurden 25 Fälle behandelt; 2 derselben (acute Manie) schieden bald aus der Behandlung, weil das Schilddrüsenpräparat das Körpergewicht, das ohnehin durch die stete Unruhe sich stark vermindert hatte, in rapider und bedenklicher Weise reducirte. In den übrigen 23 Fällen wurden folgende Resultate erzielt:

Manie 3 Fälle: alle drei geheilt.

Melancholie 4 Fälle: 2 geheilt, 1 gebessert, 1 ungebessert.

Chronische Manie 1 Fall, der schon über ein Jahr bestand und in Demenz überzugehen begann: gebessert.

Chronische Melancholie 2 Fälle: 1, der schon über 4 Jahre dauerte, entschieden gebessert; der andere, der 2 Jahre gedauert, geheilt.

Syphilitische Geistesstörung 1 Fall: ungebessert.

Alcoholamnesie 1 Fall: ungebessert.

Puerperalpsychosen 4 Fälle: alle 4 gebessert, der eine davon erst nach einer zweiten Kur.

Laktationspsychosen 2 Fälle: 1 von 5 Monat Dauer geheilt, der andere von 1 Jahr Dauer nicht gebessert.

Klimakteriumpsychosen 3 Fälle: alle 3 geheilt.

Progressive Paralyse 2 Fälle: 1 nur temporär gebessert, der andere gebessert.

Die günstige Wirkung in den oben angeführten Fällen giebt Bruce dem fieberhaften Zustande schuld, den die Schilddrüsenbehandlung hervorrief. Er constatirte, dass bald nach Beginn der Behandlung der Puls an Frequenz zunahm und an Spannung abnahm, dass die Haut sich röthete und feucht wurde und die Temperatur manchmal sogar bis zur Fieberhöhe anstieg. Wenn man dann die Schilddrüsenpräparate für wenige Tage aussetzte, dann trat eine Reaction ein, die dem Verhalten bei Reconvalescenz nach exanthematischen Krankheiten glich: die Haut schilferte sich ab, der Appetit besserte sich, die Assimilationsfähigkeit nahm zu, das Körpergewicht steigerte sich wieder und das Allgemeinbefinden wurde stetig ein besseres.

Die Dosis betrug pro Tag 30—60 Gran Schilddrüsensubstanz in Tabletten (1 Tablette entsprechend 5 Gran einer frischen Drüse); der Kranke nahm dieselbe so lange, bis sich ein deutlich fieberhafter Zustand einstellte, was nach 2—3 Tagen zu geschehen pflegte. Wenn das Fieber ausblieb, so begnügte sich B. damit, Pulszunahme, Röthe der Haut und Perspiration hervorgerufen zu haben. Diese Erscheinungen waren allein schon im Stande, günstig einzuwirken. Nach einigen Tagen Bettruhe standen die Kranken dann auf und erhielten als Nachbehandlung Tonika und kräftige Diät. Ein Umschwung auf geistigem und physischem Gebiet machte sich dann von Tag zu Tag bemerkbar, wie B. an zwei Fällen, die er in extenso mittheilt, illustrirt.

Von den übrigen Fällen giebt er nur ein Resumé der wichtigsten Erscheinungen, die er an den einzelnen Kranken beobachtete, darunter auch eine Zusammenstellung der Blutuntersuchungen, die er ausführte.

Seine Erfahrungen fasst er unter folgende Gesichtspunkte zusammen:

1. Bei interner Behandlung mittelst Schilddrüsenpräparaten lässt sich ein fieberhafter Zustand hervorrufen; die darauf folgende Reaction ist von heilsamem Einflusse.
2. Die anzuwendende Dosis muss dem Individuum angepasst werden; selten sind mehr als 60 Gran nöthig.
3. Zu lang ausgedehnte Behandlung ruft gastrische Störungen hervor.
4. Die Anwendung von Schilddrüsenpräparaten ist insofern nicht ohne Gefahr, als Herzschwäche sich einstellt. Um ihr vorzubeugen, ist während der Behandlung und einige Tage nachher Bettruhe erforderlich.
5. Dieselbe ist contraindicirt in solchen Fällen von Manie, in denen die Aufregung acut eingesetzt hat, das Körpergewicht rapid abnimmt und die Gefahr der Erschöpfung nahe liegt.
6. Sie erscheint sich besonders wirksam bei Geisteskrankheiten im jugendlichen Alter, im Klimakterium und während des Puerperium zu erweisen.
7. Die Kur muss mehrfach angewendet werden in Fällen, wo sich die Heilung in die Länge zieht.
8. Während der Behandlung sollen die Kranken in möglichst sich gleichbleibender Temperatur verharren.
9. Im frühen Stadium der allgemeinen Paralyse sind die Erfolge zufriedenstellend.
10. Die Schilddrüsenbehandlung ist ein werthvolles Hilfsmittel bei der Behandlung von Geisteskrankheiten.

Buschan.

B. Psychiatrie.

94) **Stanislao Bianchi** e **Francesco Marimò**: Su alcune anomale croniche negli alienati (dall'istituto psichiatrico di Reggio). (Separatabdruck aus Monitore zoologico italiano II, Nr. 9.)

(Reggio Emilia 1892.)

Die Verfasser haben ungefähr tausend Irrenschädel auf das Vorkommen von Anomalien hin, wie sutura metopica, processus frontal. oss. tempor., fossa occipit. media, crista frontalis, foramen Civinini, condylus occipitalis tertius, os zygomatic. bipartitum und apophysis lamurina, untersucht und sind zu der Ueberzeugung gekommen, dass diesen Anomalien allzu grosse Bedeutung beigelegt wird, denn sie finden sich nicht viel häufiger an den Schädeln Geisteskranker, als Geistesgesunder. Der Grund, warum die Verfasser zu diesem abweichenden Resultate gekommen sind, liegt ihrer Ansicht nach darin, dass die anderen Autoren zu wenig normale Schädel untersucht, bezw. in Vergleich gesetzt und ausserdem den Ursprung der betreffenden Schädel unberücksichtigt gelassen haben. Hingegen fanden die Verfasser, dass die Schädel von Geisteskranken, die mit der congenitalen oder degenerativen Form der Krankheit behaftet waren, in höherem Procentsatz die angeführten Anomalien besassen, als die mit erworbener Geistesstörung, wie die folgende Tabelle lehrt:

Geistesstörung	Sutura metopica	Process. front. oss. temp.	Fossa occip. media	Crista front.
Congenitale Form	13,72	1,30	5,22	15,03
Erworbene Form	8,54	0,92	4,50	20,78

Geistesstörung	Foramen pterygo-spinos.	Condylus tertius	Apophysis lemurina
Congenitale Form	4,57	0,65	1,33
Erworbene Form	2,42	0,46	3,46

Buschan.

95) **Mozavcsik** (Budapest): Das hysterische Irresein.

(Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. L.)

M beschreibt ein acutes und das chronische hysterische Irresein. Am häufigsten ist die acute Form, die transitorische hysterische Verwirrtheit, welche meist nach plötzlichen Gemüthsbewegungen hervorbricht, aber auch als Theilerscheinung des hysterischen Krampfanfalls auftreten kann. Sie entsteht und vergeht schnell, nachher besteht Amnesie oder das Ganze erscheint dem Kranken wie ein Traum. Das chronische hysterische Irresein verläuft nach M. annähernd unter den Bildern der Melancholie, Manie, des Stupors und der Paranoia. Bei hysterischer Basis sei das Krankheitsbild aber beherrscht von der Sucht zu künstlichen Uebertreibungen, von der Aengstlichkeit der körperlichen Gesundheit wegen, von functionellen Beschwerden (Zittern, Krämpfe, Neuralgieen, vasomotorischen Abnormitäten). M. schildert weiter viele Symptome als specifisch hysterisch, die wir einfacher der einmal bestehenden Psychose (Paranoia), in anderen Fällen der erblichen Degeneration der betr. Patienten zurechnen möchten. M. will unter 125 Hysterischen nur bei 7 gleich weite Pupillen von guter Reaction

gefunden haben. Diese Angabe, wie die Mittheilung, dass sich auf hysterischer Grundlage „die Paralysis progressiva nachahmende Symptome heranbilden können, welche zum Tode führen können“ — lassen gerechte Zweifel aufkommen, ob die statistische Zusammenfassung der 125 Fälle als „Hysterie“ gerechtfertigt war. Mercklin.

96) **O. Snell:** Ueber die Formen von Geistesstörung, welche Hexenprocesse veranlasst haben.

(Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. L.)

Unter vielfacher Bezugnahme auf seine frühere grössere Arbeit (Hexenprocesse und Geistesstörung, 1891) führt S. aus, dass Melancholische, Paranoische, Manische und Epileptische durch ihre Krankheit in den Verdacht des Teufelsbündnisses kamen und häufig auch gestraft wurden. Durch die Selbstanklagen lieferte die Melancholie hiervon die grösste Anzahl von Fällen. Aber auch hier ist die Zahl in der ganzen Menge der Verurtheilten verschwindend gering. Die Mehrzahl der Verurtheilten war nicht geisteskrank. Auch die Ansicht, dass die narcotischen Mittel, dass also Intoxicationspsychosen beim Hexenwesen eine Rolle spielten, ist unhaltbar. Hingegen spielten kranke Angeber eine sehr grosse Rolle bei der Entwicklung der Hexenprocesse. Paranoische mit physikalischem Verfolgungswahn, vor Allem aber die Besessenen, d. h. Hysterischen waren es, welche zur Beschuldigung Anderer wegen Hexerei und Zauberei Veranlassung gaben.

Mercklin.

97) **Möbius:** Ueber die gegenwärtige Auffassung der Hysterie.

(Monatsschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkol., Bd. I. H. 1.)

M. hat seine Anschauungen über das Wesen der Hysterie schon öfters formulirt. Hier wird noch einmal zunächst den Gynäkologen gegenüber die durchgängige „Idealität“ der hysterischen Erscheinungen auseinandergesetzt und zum Beweise das herangezogen, was neuere Beobachtungen, die wir besonders den Franzosen verdanken, feststellten. Die überaus klare, knappe Form der Darstellung macht den kurzen Aufsatz zu einem hervorragenden Schmuck der neuen Martin-Sänger'schen Zeitschrift. — Den Schlüssel zur Erkenntniss der psychogenen Natur der hysterischen Symptome brachte neben genaueren klinischen Beobachtungen das Studium der hypnotischen Erscheinungen. Sie stehen in unverkennbarer Parallelität zu den hysterischen Veränderungen. Man kann kurz sagen: „Die der Hysterie wesentliche Veränderung besteht darin, dass vorübergehend oder dauernd der geistige Zustand der Hysterischen dem der Hypnotisirten gleiche, d. h. jener reagirt, ohne hypnotisirt zu sein, wie dieser. Ebenso wie alle im hypnotischen Zustande beobachteten Erscheinungen (Anästhesie, Amnesie, Hallucination, Lähmung u. s. w.) sind alle Erscheinungen bei der Hysterie Wirkungen der Suggestion, d. h. des Vorstellens“. Hysterie ist indessen eine besonder Art krankhaft gesteigerter und veränderter Suggestibilität. Ihre Symptome gliedern sich in solche, die wirklich inhaltlich vorher suggerirt waren, und in andere, die dem Inhalt nach nicht suggerirt sind. Diese treten als Reaction auf Gemüthsbewegungen auf, ihre Gestalt wird von uns unbekannten Gesetzen bestimmt (Hemianästhesie, Krampfanfall). Die Analyse des Geisteszustandes der Hysterischen ist oft eine sehr

schwierige, weil die Kranken neben der einen Form der erblichen Entartung — der Hysterie — noch andere Zeichen der Entartung darbieten. Einzelne auffallende Charactereigenschaften erklären sich durch die Lebhaftigkeit der Phantasievorstellungen, durch die Amnesie. Anderes ist nur Zeichen der Entartung überhaupt, nicht der Hysterie zur Schuld zu rechnen. So der sogen. moralische Schwachsinn, Lügenhaftigkeit, Stehlsucht, Hartherzigkeit, geschlechtliche Immoralität, Neurasthenie, Hypochondrie, Zwangsvorstellungen, melancholische, maniakalische Zustände u. s. w. Mit der Epilepsie hat die Hysterie nichts zu thun, als hystero-epileptisch werden unpassend die grossen hysterischen Anfälle bezeichnet. — Die Hysterie ist immer eine endogene Krankheit, daher sind auch die Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane nur Gelegenheitsursachen. Ihr Zusammenhang mit der bestehenden Hysterie ist übrigens oft nur ein künstlich construirter. Nie soll ohne örtliche Indication eine Untersuchung oder Behandlung stattfinden. Doch können an sich harmlose Behandlungsweisen, selbst die Untersuchung allein bei grosser Erregtheit so viel Schaden stiften, dass die Hysterie bei örtlicher Indication geradezu eine Contraindication darstellen kann. Dies gilt natürlich nur dann, wenn keine Gefahr im Verzuge ist. (Leider ist es noch immer nöthig, dass derartige practische Sätze, wie M. es thut, eindringlich betont werden müssen, denn neuere Publicationen aus Belgien und Amerika beweisen, dass die Aera der operativen Bekämpfung der Hysterie noch nicht überall ihr Ende gefunden hat. Ref.)

Mercklin.

---

58) **Higier**: Acutes und chronisches Oedem bei manchen Neurosen, insbesondere bei Hysterie.

(St Petersb. med. Wochenschr. 1894, Nr. 50 u. 51.)

An der Hand einiger Fälle bespricht H. zunächst die „acute umschriebene Hautschwellung“ (Quincke). Die Aetiologie derselben ist eine wenig einheitliche. Bemerkenswerth ist die dritte Beobachtung H.'s, bei welcher eine gesteigerte Darmfäulniss als Ursache für das acute circumscripte Hautödem angenommen wurde und das daraufhin dem Pat. gereichte Darmdesinficiens von promptem Erfolge war. — Ausführlicher beschreibt H. das mehr chronische Oedem der Hysterischen unter Vorführung von drei Krankengeschichten. Alle drei Fälle betrafen jugendliche Personen weiblichen Geschlechts, welche hysterische Stigmata aufwiesen. Localisirt war das Oedem 1. an einer ganzen Körperhälfte, speciell Unterarm und Brustdrüse betreffend, 2. am Fusse, proximalwärts wenig das Fussgelenk überschreitend, 3. an der Hand und distalen Hälfte des Unterarms, für wenige Tage auch die gleichseitige Gesichtshälfte befallend. Ueberall war die Schwellung hart, in Bezug auf die Färbung der Haut zeigten sich Verschiedenheiten. (Normale, hellrosa in weiss übergehende Färbung, Wechsel der Färbung, auch Cyanose.) Entsprechend der Farbe verhält sich das subjective Temperaturgefühl der Haut (Cyanose = Kälte, Röthung = Brennen). Das Thermometer bestätigt die Angaben der Pat., ergiebt locale Temperaturerniedrigung, bezw. Erhöhung. Die Dauer des Oedems betrug mehrere Monate. Intermissionen und Recidive kamen vor. Gleich Charcot warnt H. vor Bandagenbehandlung, empfiehlt psychische Therapie. Zum Schluss wird eine bemerkenswerthe Beobachtung von Paschalis mitgetheilt, welche

ein recidivirendes Oedem am Vorderarm einer 40jährigen Dienstmagd betraf, wobei die autosuggestive Entstehung besonders deutlich war und zeitweilige Versetzung der Kranken in eine andere Umgebung jedesmal Heilung brachte.

Mercklin.

---

99) **A. Souques:** Contribution à l'étude du rôle des idées fixes dans la pathogénie de la polyurie hystérique.

(Arch. de Neurol. XXVIII, Nr. 94.)

S. berichtet über einen 37jährigen Kranken, der mehrfach die Beobachtung an sich gemacht hatte, dass er im Anschluss an Alcoholexcesse, denen er sich nicht selten hingab, auffallend viel uriniren musste, und der über diese für ihn auffallende Erscheinung sich vielfach Gedanken gemacht hatte. Als nun dieser Mann vor ca. einem halben Jahre in Folge eines nächtlichen Ueberfalls, bei dem er auch eine Kopfverletzung erlitt, die ihn bewusstlos zu Boden streckte, hysterisch wurde, stellte sich bei ihm eine dauernde Polyurie und Pollakiurie ein, die durch Hypnose und Suggestivbehandlung wesentlich gebessert wurde: die Urinmenge sank von 18 Liter bis auf 3 pro die. S. meint nun, dass bei dem Kranken der Gedanke an seine transitorische Polyurie, der ihn ja so oft beschäftigt hatte, sich immer tiefer eingenistet hat und schliesslich zur idée fixe, subconsciente tout au moins, geworden ist. Mit dem Einsetzen der Hysterie erlangte dieser Gedanke noch mehr Spielraum und wurde schliesslich die Ursache für das Auftreten der bleibenden hochgradigen Polyurie.

Aus dieser und ähnlichen in der Literatur erwähnten Beobachtungen schliesst S., dass die hysterische Polyurie weit häufiger ist, als man für gewöhnlich glaubt. Wenn auch nicht alle Fälle von „Polyurie sine materia" als hysterisch aufzufassen sind und wenn auch insbesondere die erbliche Polyurie der Entarteten eine eigene nicht hierher gehörige Gruppe bildet, so musste doch eine ganze Reihe älterer Beobachtungen von Polyurie auf alcoholischer, traumatischer etc. Basis jetzt zur Hysterie gezählt werden.

Die hysterische Polyurie tritt auf als Folge einer fixen Idee, die sich mit der Urinabsonderung beschäftigt und die ihren Ausgang genommen hat von irgend welchen früher bei dem Individuum vorhanden gewesenen Störungen der Urinsecretion (Pollakyurie und Hypersecretion nach alcoholischen Excessen, Incontinentia urinæ nocturna etc.). Diese fixe Idee übt wahrscheinlich einen hemmenden Einfluss aus auf die in der Medulla liegenden vasomotorischen Centren der Nieren und es tritt eine Erweiterung der Nierengefässe und damit Polyurie auf. **Falkenberg.**

---

100) **Francotte:** Surdi-mutité hystérique guérie par suggestion à l'état de veille.

(Annal. de la soc. méd. chirurg. de Liège 1894.)

Ein 35jähriger Arbeiter, welcher ausser 2 Anfällen eines délire passager keine Symptome einer Nervenkrankheit dargeboten hatte, erkrankte im Anschluss an einen plötzlichen Schrecken an völliger hysterischer Stummheit, die die seltene Complication mit hysterischer Taubheit zeigte. Die hypnotische Behandlung misslang, da Patient beim Versuche, ihn zu hypnotisiren, in heftige Erregung kam. Eine energische Suggestion im wachen Zustande beseitigte jedoch rasch die Taubstummheit. **Lehmann (Werneck).**

---

101) **Sérieux**: Sur un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale.

(Bull. de la soc. de med. ment. de Belgique 1894, 73.)

Verf. beschreibt einen in mehrfacher Beziehung recht interessanten Fall von Paralyse. Ohne auf die Einzelheiten desselben einzugehen, erwähne ich nur das genau beobachtete, in dieser Exactheit sicher seltene Symptom der hallucinations motrices verbales. (Ein geläufiger deutscher Ausdruck für dieses Symptom ist mir nicht bekannt; am meisten würde wohl die Bezeichnung: pathologisch gesteigerte Wortbewegungsempfindung ihm entsprechen; allerdings ist dadurch der Begriff der Hallucination nicht ausgedrückt.)

Diese hallucinations motrices verbales treten während einer Remission der Paralyse isolirt ohne andere Sinnestäuschungen auf. - Die Kranke schildert dieselben sehr präcis: „ich höre die Worte nicht, aber ich verstehe sie" —, „man spricht in mir" —, „man telephonirt mir in meinem Munde" —, „ich habe keine ‚Stimmen'; ich höre nichts in meinem Ohre" etc. Neben diesen Wortbewegungsempfindungen bestanden noch häufig, oft mit ersteren synchrone Krampfzustände in den Kaumuskeln, die mitunter rhytmisch, mitunter in Form des Trismus auftraten.

Auf Grund dieser abnormen Empfindungen entwickelte sich im Stadium der Remission ein Verfolgungsdelir. — Die Kranke ging nach mehrjähriger Beobachtung an einer Pneumonie zu Grunde, nachdem sie kurz vorher noch einen Anfall von hallucinatorischer Verwirrtheit durchgemacht hatte.

Interessant ist nun der Sectionsbefund: es fanden sich meningoencephalitische Processe symmetrisch an beiden Hemisphären lediglich in der sensitivo-motorischen Sphäre und zwar nur am Fusse der 3. Stirnwindung (centr. moteur verbal) und an dem unteren Ende der vorderen Centralwindung (Centrum für die Kaumuskeln, Trigeminus). Die Section bestätigt in schöner Weise die Erklärung des Verf., dass es sich bei den hall. motrices verbales um einen Reizzustand im Wortbewegungscentrum handle, welches dem Centrum des Trigeminus benachbart ist. Die Affection des letzteren erklärt zur Genüge die Krampfzustände in den Kaumuskeln.

Lehmann.

---

102) **Naecke**: Un cas de fétichisme de souliers avec remarques sur les perversions du sens génital.

(Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique, 74. fasc. jubil.)

Verfasser schildert einen 73jährigen Mann, der mehrfache Symptome zweifelloser Degenerescenz darbot. Derselbe zeigte insofern perverse sexuelle Neigungen, als er eine grosse Vorliebe für weibliche Pantoffeln hatte, deren Anblick und Berührung ihn sexuell erregten, so dass er mit deren Hülfe Masturbation trieb und zwar bis in's hohe Alter. Die Section ergab zahlreiche recht bemerkenswerthe Abweichungen vom normalen Windungstypus. Die Einzelheiten derselben wiederzugeben, sowie die Besprechung der folgenden allgemeinen Bemerkungen, welchen letzteren sich Ref. nicht durchweg anzuschliessen vermag, würde den Rahmen des kurzen Referates überschreiten.

Lehmann.

---

103) Kowalewsky: Etude sur la pathologie de la paralysie progressive. (Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique. 74. fascic. jubil.)

Der pathologische Process der progressiven Paralyse bewirkt eine Schädigung der Centren der intellectuellen Thätigkeit. Die Zusammensetzung der Masse des Gehirns ändert sich im Laufe der Paralyse derart, dass mit dem Zugrundegehen der cerebralen Substanz das intermediäre Gewebe zur Wucherung kommt. Anfang und Ende dieser Veränderungen zu bestimmen, war man bemüht, indem man zu erforschen suchte, welcher Process der primäre sei, ob die Erkrankung und Wucherung des Bindegewebes oder die Erkrankung der Ganglienzellen. Sicher kommt sowohl eine parenchimatöse als eine interstitielle Encephalitis vor, die beide zur Atrophie der Hirnsubstanz führen.

Verf. glaubt nun, dass die Ursache jederzeit eine Intoxication sei, welche eine Degenerescenz des Nervengewebes und eine Entzündung des Nachbargewebes erzeuge; hervorgerufen werde diese Intoxication durch Syphilis, geistige Ueberanstrengung, hereditäre Belastung, Trauma etc., doch so, dass nur ein Factor allein die Paralyse hervorrufen kann. Die geistige Ueberanstrengung z. B. bewirke in Folge vermehrter Thätigkeit der Rindenzellen eine Anhäufung der Stoffwechselproducte, für deren Eliminirung dem Organe die nöthige Ruhe fehle. Diese Anhäufung verhindert einen weiteren Zufluss des nöthigen Nährmaterials und giebt so Anlass zur Toxinbildung. Die Toxine schädigen in erster Linie die Zelle selbst, dringen sodann in die Nachbarschaft und afficiren Blutgefässe und Bindegewebe, letztere werden durch den toxischen Reiz zur Proliferation angeregt.

Die Form der Paralyse (typische, atypische, paralytische Demenz) wird bestimmt sowohl durch die individuelle Beschaffenheit des Erkrankten, als durch die Natur der wirksamen Toxine. Die Syphilis scheine in Folge toxischer Zerstörung der Nervenzellen häufiger die paralytische Demenz zu erzeugen, während geistige Ueberanstrengung durch Autointoxication entzündliche Processe und dadurch häufiger die typische Paralyse hervorrufe.

Lehmann.

---

104) John Turner (Essex County Asylum): Sulphates in the urine of general paralytics, with special reference to their relation to the seizures in this diseases.

(Journ. of ment. science 1895, Jan.)

Verfasser ging bei seinen Versuchen (Harnanalysen) von der Annahme aus, dass die paralytischen Anfälle durch Toxine hervorgerufen würden, die sich im Darm in Folge von Fäulnissprocessen bildeten. Da diese im Urin in Form von Sulfaten ausgeschieden werden, so glaubte er in dem Gehalte des Urins an solchen ein Anzeichen für den Grad dieser Toxität annehmen zu können. Die Schwefelsäure, die aus den Albuminaten der Nahrung stammt, ist im Urin theils an Alkalimetalle, theils an Jodol, Phenol, Skatol und Brenzkatechin gebunden; die erste Kategorie von Sulfaten bezeichnet man als präformirte Sulfate des Kalium und Natrium, die zweite als aromatische Aetherschwefelsäuren (gepaarte, combinirte Schwefelsäuren).

Verfasser untersucht nun den Harn an einer Reihe von Paralytikern auf diese beiden Gruppen von Sulfaten hin, theils im Frühstadium, theils

im Spätstadium der Krankheit, vor und nach den Anfällen, und constatirte hierbei folgendes:

In 8 Fällen von progressiver Paralyse im verhältnissmässig frühen Stadium zeigte sich, dass die Menge der beiden Sulfatgruppen und ihr Verhältniss zu einander noch ziemlich der Norm entsprach (im Durchschnitt präformirte Sulfate 2,74347, combinirte 0,2267 g in 24 Stunden; Verhältniss der letzteren zu den ersteren 1 : 12,1). Bei denjenigen Fällen, die im Verlaufe ihrer Entwicklung zu verschiedenen Zeiten untersucht wurden, stellte sich heraus, dass die Menge der Sulfate und ihr Verhältniss in dem Grade, als das Leiden Fortschritte machte, anstiegen. In weiteren 11 Fällen von vorgeschrittener Paralyse wurde gefunden, dass die Menge der eliminirten combinirten Sulfate eine grössere ist (im Durchschnitt 0,3136 g) und dass das Verhältniss dieser zu den präformirten sich sehr hoch stellt (1 : 6,5); dieser Umstand weise darauf hin, dass die Thätigkeit des intestinalen Fäulnissprocesses in diesem Stadium der Krankheit eine intensivere ist, als im früheren. Schliesslich zeigte sich auch ganz deutlich, dass die absolute und relative Menge der combinirten Sulfate während der Zeit der Anfälle stets eine Zunahme erfuhr. — Die vorstehenden Beobachtungen, die er durch eine Reihe von Krankengeschichten belegt, scheinen dem Verfasser zu Gunsten seiner Hypothese von dem toxischen Ursprunge der paralytischen Anfälle zu sprechen.

Buschan.

105) **Duncan Greenless:** Insanity among the natives of South Africa. (Journ. of ment. science 1895, January.)

Verfasser (Medical superintendent am Grahamstown Asylum in Südafrika) giebt einen statistischen Bericht über die Aufnahmen etc. in genannte Irrenanstalt seit ihrer Gründung im Jahre 1875. Im Ganzen kamen in den 19 Jahren des Bestehens 473 Eingeborene (319 Männer, 254 Frauen) zur Aufnahme.

Was das Alter betrifft, so kamen die Männer vorwiegend mit 25 bis 30 Jahren, die Weiber um eine Kleinigkeit älter, zwischen dem 30. und 35. Jahre in Zugang. — Unter den Psychosenformen hatte die Manie bei weitem das Uebergewicht.

	Männer	Weiber	Zusammen
Acute Manie	114	63	177
Chronische Manie . .	11	12	23
Recurrente „ . .	10	5	15
Puerperale „ . .	—	6	6
Melancholie	21	10	31
Secundäre Demenz . .	60	27	87
Senile Demenz . . .	11	6	17
Allgem. Hirnparalyse .	1	1	2
Erworbene Epilepsie .	18	7	25
Idiotie	10	3	13
Imbecillität	53	11	64
„ mit Epilepsie	10	3	13

Von 473 Kranken waren also im Ganzen 221 = 67% maniakalisch. Hingegen kam die Melancholie höchst selten in Beobachtung, im Ganzen 31 Fälle = 8%.

Die Mehrzahl der Epilepsiefälle war traumatischen Ursprunges. Genuine Epilepsie ist, wie G. schon an anderer Stelle gezeigt hat, so gut wie unbekannt bei den eingeborenen Rassen; die Fälle, die ihm zur Kenntniss gelangt sind, verdanken ihre Entstehung der Civilisation Unterschiede zwischen Epilepsie der Schwarzen und Weissen konnte G nicht herausfinden.

Allgemeine Paralyse scheint bei den gleichsam noch im Urzustande lebenden Rassen vollständig unbekannt zu sein, G. erklärt dies durch den hier fehlenden Kampf um's Dasein und die einfachen Lebensverhältnisse. Die in die Anstalt aufgenommenen beiden Fälle betreffen einen männlichen Afrikaner, in dessen Adern bereits weisses Blut floss, und eine Kaffernfrau.

Von den in Aufnahme gekommenen 473 Kranken wurden 133 (102 Männer, 31 Frauen) = 28,1% geheilt, 76 (55 + 21) gebessert, 70 (49 + 21) blieben ungebessert, 114 (72 + 42) starben und 80 (41 + 39) waren zur Zeit noch in Behandlung. Was die Todesursachen betrifft, so fällt auf, dass Gehirnkrankheiten relativ selten, hingegen Brustkrankheiten relativ häufig zum Tode führten. Ich lasse aus den Angaben G.'s die darauf bezüglichen Zahlen folgen.

Tod i. F. v.	Apoplexie	1
	Gehirnerweichung	6
	Gehirntumoren	1
	Epilepsie	13
	Manie	4
	Melancholie	1
	Allg. Paralyse	2
	Paralyse	1
	Tabes	1
	In Summa	30

Tod in Folge von	Bronchitis	2
	Phthisis	19
	Pleuritis	2
	Pneumonie	6
	In Summa	29
Tod i. F. v.	Herzkrankheiten	7
	Unterleibskrankheiten	22
	Allg. Krankheiten	2[illegible]

Ueber die Ursachen der Geisteskrankheiten hält es sehr schwer, etwas Sicheres zu eruiren. Zwei Factoren scheinen indessen schwer in's Gewicht zu fallen: die starke Trunksucht und das Rauchen der Dagga, einer dem indischen Hanfe ziemlich identischen Pflanze. Auch Masturbation scheint recht häufig im Spiele zu sein. Buschan.

106) **Peeters**: La situation actuelle de la Colonie de Gheel.
(Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique. 74. fascic. jubil.)

Verf berichtet über die Fortschritte der Colonie Gheel während der letzten 5 Jahre. Der Krankenbestand ist ca. 1900, von denen 65—70 in der Infirmerie untergebracht sind. Zwangsmassregeln sind weiter eingeschränkt, das fauteuil de force werde bald ganz verschwinden. In bestimmten Fällen sei das Anlegen von Lederhandschuhen gestattet, Einschliessungen müssten sofort dem Arzte gemeldet werden. Sonstige Besserungen bestehen in Badeeinrichtungen und vermehrter Aufsicht durch ärztliches Personal, sowie durch vermehrte Instructionen der Pfleger. — Wenn auch jeder Psychiater die Gheeler Einrichtungen anerkennen und auch bewundern wird, so hält Ref. doch die Ansicht des Verf., dass bald alle Länder Institute nach Gheeler Muster besitzen werden, für etwas sanguinisch. Die deutsche Psychiatrie ist im Allgemeinen der Ansicht, dass ein der-

artiges System der Irrenpflege nur für eine ganz beschränkte Zahl von Kranken wohlthätig ist. Eine intensive ärztliche Beobachtung und Behandlung, wie sie in Deutschland angestrebt wird, ist daselbst sicher nicht möglich. Ausserdem ist die Möglichkeit einer so ausgedehnten Familienpflege an vielfache äussere Bedingungen geknüpft, die nicht künstlich zu schaffen sind.

Lehmann.

C. Degenerationslehre.

107) **J. V. Laborde**: La microcéphalie vraie et la descendance de l'homme d'après l'étude de trois frères microcéphales et d'un jeune chimpanzé femelle Cours d'anthropol. biologique

(Revue mensuelle de l'Ecole d'Anthrop. de Paris 1895. Nr 1.)

Verf. schildert durch Wort und Bild 3 microcephale Geschwister im Alter von 12 (Marguerite, 0,97 m Körperlänge), 10 (Nicolas, 0.93 m), und 8 (Antoine, 0,88 m) Jahren, die von der Insel Xeraphos (Cycladen) herstammen Ihre Eltern sollen wohlgebildet und gesund, ohne persönliche oder hereditäre Stigmen sein und 4 Jahre nach der Geburt des jüngsten Microcephalen nach einander noch 2 absolut normale Kinder erzeugt haben.

Auf den ersten Anblick fällt an den Kindern die deutlich microcephale Schädelbildung auf, der entsprechend auch die Maasse klein sind. Der Schädelumfang an der Basis beträgt bei M. 35, bei N 38 und bei A. 39 cm; die Kopflänge in der entsprechenden Reihenfolge 12,3 cm, 13,1 und 12,9 cm und die Kopfbreite 9,5 cm, 10,0 und 10,3 cm. Die Form des Schädels geht spitzenförmig in die Höhe; die Abplattung der Stirn ist recht deutlich vorhanden. — Ebenso zeigt die Physiognomie und der ganze äussere Habitus das Aussehen von Idioten. Die Haltung gleicht vollständig der der Affen. Die Arme und Fäuste befinden sich in Beugestellung und sind dem Rumpfe genähert. Der Gang erfolgt mit nach vorn gebeugtem Körper, wobei die Beine in gespreizter Stellung unsicher aufgesetzt werden; manchmal bewegen sich die Kinder auch auf allen Vieren vorwärts; dabei stützen sie sich auf die geschlossenen Fäuste Sie sind beständig in Bewegung; Tag und Nacht, selbst im Schlafe, liegen sie nicht still. Der Kopf befindet sich zeitweilig in mehr oder minder schneller automatischer Rotationsbewegung um die Cervicalaxe. — An allen dreien fällt eine Verbiegung der Kniee und Füsse in valgus-Stellung auf. Die Dentition ist eine normale. Der Prognathismus ziemlich ausgeprägt. Die Wirbelsäule scheint nur eine Krümmung aufzuweisen. Die Vorderarme sind im Verhältniss zu der ganzen Oberextremität sehr lang. Die beiden männlichen Individuen zeigen Hypospadie und Kryptorchismus.

Die Kinder sprechen nicht; sie stossen nur von Zeit zu Zeit unarticulirte (Reflex-) Laute aus, besonders wenn sie ihr Wohlbefinden kundgeben wollen. Sie sind nicht im Stande, lange ihre Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand zu concentriren. Sie vermögen ziemlich gut zu hören und ziemlich ferne Gegenstände zu erblicken. Sie erkennen Niemanden, selbst nicht einmal die Leute wieder, die ihnen Essen geben. Allein zu essen ist ihnen unmöglich; man muss ihnen die Nahrung fast in den Mund stopfen. Urin und Koth können nicht zurückgehalten werden.

Vorstehende Beobachtung giebt dem Verfasser Veranlassung, seine Auffassung über die Stellung der Microcephalen in der Natur zu entwickeln.

Er hält die Microcephalie nicht für ein pathologisches Product im eigentlichen Sinne, hervorgerufen durch eine mehr oder minder zufällige Läsion der Gehirn- oder Schädelsubstanz, sondern für eine congenitale Anomalie der Spezies, die gleichzeitig aus einer Entwicklungshemmung und aus einer regressiven Abweichung dieser Entwicklung resultire. Auf die Gleichzeitigkeit dieser beiden Vorgänge (Stehenbleiben auf einer embryonalen Stufe und Auftreten einer Bildung, die normaliter beim Embryo der gleichen Spezies nicht existirt, sondern regelmässig bei niedriger stehenden Wesen angetroffen wird) legt L. besonders Gewicht. Er erläutert die Unterschiede zwischen primitiver Idiotie embryonalen Ursprunges, symptomatischer Idiotie, symptomatischer oder consecutiver Microcephalie und wahrer Microcephalie, und sucht an der Schädel- und Gehirnbildung, sowie an den intellectuellen Fähigkeiten der Microcephalen den Nachweis zu liefern, dass es sich hier um eine cranio-cerebrale Organisation des Affen in seinem entwickelten Stadium handelt. Interessant ist der letzte Punkt, der Vergleich der geistigen Fähigkeiten der oben besprochenen Microcephalen und einem weiblichen Schimpansen von 3—4 Jahren, den er beobachtet hat. Der Schädelumfang desselben an der Basis betrug noch 1 cm mehr (34 cm) als der des ältesten Microcephalenkindes. „Die grossen und schwarzen Augen sind mild beim gewöhnlichen Ausdruck, der absolut dem menschlichen Blick gleicht. Juliette — so heisst das Affenkind — reagirt wohl auf seinen Namen, wozu keines der microcephalen Kinder fähig ist. Sie verlangt darnach, wenn sie gewisse Bedürfnisse zu befriedigen hat, besonders wenn sie zu Bett liegt. Sie ist von einer auffälligen Affectuosität, umarmt vollständig wie ein menschliches Wesen und wenn sie nicht gestimmt ist oder von ihrem Wärter allein gelassen werden soll, stösst sie einen Schrei der Trostlosigkeit aus, ist in seinen Armen unruhig und umarmt ihn mit Hingebung. — Am Morgen beim Aufwachen hebt sie sanft und verschämt die Augen zu ihren Pflegeeltern, die neben ihr schlafen, auf, und wenn diese sie dann ansehen, springt sie froh in ihrem Bett auf und legt sich zwischen beide. Wenn der Wärter eine Cigarette sich dreht, diese dem Affen in die Hand legt — an der sich der Daumen übrigens vollkommen opponiren lässt, was die Microcephalen nicht vermögen — und das zu thun verlangt, was man mit einer Cigarette thut, dann überreicht Juliette sie ihm und steckt sie ihm in den Mund. — Sie nimmt sich ferner selbst die Speisen, die sie isst" u. s. m.

Auch die physischen Aehnlichkeiten dieses Affen mit den Microcephalen sollen sehr in die Augen springen, wie L des näheren ausführt. „In Summa, man sieht, dass der ancestrale Typus, den der anthropoïde Affe vorstellt, sich hier physisch und psychisch nach unten hin (in der Entwicklungsreihe), d. h. zum Menschen aufwärts entwickelt, und umgekehrt, dass der Mensch in Gestalt des Microcephalen, zum aufsteigenden Typus zurückgekehrt ist." ——— Buschan.

108) **van Deventer**: De la pluralité des types de criminels.

(Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique. 74. fasc. jubil.)

Die Bezeichnung type criminel will Verf. als eine juristische ersetzt wissen durch eine solche, welche die nächste Ursache der Criminalität ausdrückt und schlägt dafür „Minderwerthigkeit" vor (atténuation de la dignité

personelle). Diese Minderwerthigkeit bezeichnet einen zwischen dem normalen und dem kranken liegenden Geisteszustand. Das Kriterium für dieselbe liegt in der excentrischen Reaction des Centralorganes auf äussere Reize. Sie ist also nur endogen, während der Begriff des Verbrechens ohne Einwirkung äusserer Umstände nicht denkbar ist. Sie stellt demnach den anthropologischen Factor, die causa disponens, das Milieu, den socialen Factor, die causa efficiens dar. Gewöhnlich ist diese Minderwerthigkeit als angeboren zu betrachten, häufig hereditär, immer stellt sie eine Degeneration des Individuums dar. Da die excentrische Reaction sich in verschiedener Weise bethätigen kann, so kann nicht ein Typus der Minderwerthigkeit existiren. Verf. giebt 4 an, die sich allerdings nur theilweise ausschliessen, theilweise in einander übergehen und combinirt vorkommen; er nennt sie: 1. Type bilieux instable, 2 T. phlegmatique, stable, 3. T. sanguin, léger, 4. T. mélancholique, triste.

Eine genaue Beobachtung und Analyse sei desshalb nöthig, den Gewohnheitsverbrecher zu erkennen, die morphologischen Abnormitäten könnten ihn nicht allein erkennen lassen. Die Behauptung, dass der sociale Factor des Verbrechens nicht unwesentlich sei, stützt er durch einige Mittheilungen aus dem „Buiten Gasthuis“ zu Amserdam, in welchem zweifellos verbrecherische Naturen untergebracht sind, die sich bei geeigneter Behandlung ganz correct verhielten, nach ihrer Entlassung jedoch bald wieder mit dem Strafgesetz in Conflict kamen, die also so lange keine verbrecherischen Neigungen zeigten, als die causa efficiens, der ungünstige sociale Einfluss, fehlte. — Verf. betont nun die Wichtigkeit, derartige minderwerthige Individuen möglichst frühzeitig dem Milieu zu entziehen und in entsprechende Behandlung zu bringen, sowie die Verpflichtung der Regierungen, durch Gründung zweckentsprechender Anstalten dafür zu sorgen, dass die Rückkehr dieser Individuen (durch eine zielbewusste Erziehung) in die menschliche Gesellschaft eher ermöglicht werde. Lehmann.

---

109) **Kowalewsky:** Le Czar Jean le Terrible de Russie et son état mental. (Bull. de la soc. de méd. mental de Belgique 1894, 72.)

Eine Krankheitsgeschichte Iwan des Schrecklichen, deren Lectüre vieles Interessante bietet. Iwan ist der Sprössling eines in der décadence befindlichen Geschlechts. Vernachlässigte Erziehung und frühzeitiges Bekanntwerden mit den rücksichtslosesten höfischen Intriguen waren das zweite Erbtheil, was Iwan mit auf den Thron brachte. Er selbst war unfähig, auf eigenen Füssen zu stehen und kam dadurch in Abhängigkeit von seiner Umgebung; er besass einen pathologischen Hang zu übertriebener theatralischer Religiösität; zeitweise litt er an raptusartigen Wuthausbrüchen; allmählich entwickelte sich bei ihm eine complete Paranoia, die er bis zur Demenz ertragen musste. Seine Thaten finden wohl an Scheusslichkeit in der Weltgeschichte kaum ihres Gleichen und es ist lehrreich zu sehen, wie weit der Paranoiker mit unumschränkter Gewalt in Folge seiner krankhaften Vorstellungen die menschliche Gesellschaft zu schädigen vermag; gerade die partiell erhaltene Intelligenz, die ihn noch fähig erhielt, Regierungsgeschäfte vorzunehmen, sowie die langsame Progression seines Leidens bis zur Demenz

wären besonders verhängnissvoll, als sie seine Schreckensherrschaft auf über 40 Jahre ausdehnten. ——— Lehmann.

110) **Charles L. Dana** (New-York): „On the new use of some older sciences.“ The Medic. Record, 15. December 1894.)

Dana setzt auseinander, dass es der modernen Physionomik nicht gelingen wird, irgend welche körperliche Zeichen festzustellen, aus denen man nothwendigerweise schliessen müsse, dass eine Person „nutzlos, mit Defecten behaftet, gefährlich sei“. „Wir haben (im Gegensatze zu den italienischen Criminalisten) einen Typus des Verbrechers, des Geisteskranken, des Epileptikers nicht entdeckt. Alle diese Leute haben gewisse gemeinsame Merkmale, doch zeigen diese nur an, dass ihre Besitzer zu derselben etwas heruntergekommenen Familie gehören.“ „Es mag einige geborene Verbrecher geben, jedenfalls sind es wenige; die meisten sind einfach Leute von degenerirtem Typus, die es unterlassen, ihre Mitgift richtig zu behandeln“. Man dürfe also einen moralisch Defecten nicht entschuldigen, der herabwürdigenden Gewohnheiten und niedriger Versuchung unterliegt. Die Zukunft des Degenerirten hänge hauptsächlich von seiner Erziehung und davon ab, dass er durch eigene und fremde Hilfe seine geistige und moralische Kraft stähle. ——— Voigt.

III. Practische Psychiatrie.

Zur Wärterfrage.

Von Dr. Hugo Hoppe, 3 Arzt der Irrenanstalt Allenberg.
(Nach einem Vortrage auf der constituirenden Versammlung des nordostdeutschen psychiatrischen Vereins zu Zoppot am 30. Juli 1894.)

(Schluss.)

Ja, meine Herren, ich glaube, damit kann man sich im allgemeinen einverstanden erklären. Dass in der Beaufsichtigung des Wartpersonals, ob durch Aerzte oder durch andere geeignete Personen, kann ziemlich gleichgültig sein, das möglichste geleistet werden soll, darin stimme ich völlig Sommer bei, und ich glaube, dass man Sommer dafür Dank schuldet, auf diesen Punkt, welchen ich in meinem Aufsatz nicht genügend betont hatte, energisch hingewiesen zu haben. Was ich bekämpfen zu müssen glaubte, war, dass Sommer die permanente Beaufsichtigung der Wärter als einziges und hinreichendes Remedium und die von mir geforderte Maassnahme als verfehlt hinstellte (während er jetzt meine Hauptforderung, welche die Aufbesserung der Wärtergehälter betrifft, wenigstens theilweise gelten lässt). Ich finde mich dabei, wie ich glaube, im Einverständniss mit der Mehrzahl der Psychiater. So schreibt mir Prof. Pick: „Es ist ganz irrthümlich zu planen, dass jene Nähe und die dadurch ermöglichte Ueberwachung die einzige und hinreichende Bedingung für die Sanirung der „Wärterfrage“ ist; es muss damit eine Hebung des ganzen Wärterstandes durch bessere Bezahlung und Unterricht Hand in Hand gehen, wenn etwas erzielt werden soll.“ Einen ähnlichen Standpunkt nehmen Prof. Grashey-München und Dir. Sioli in Frankfurt nach den Erfahrungen ein, welche sie mit der wesentlichen Aufbesserung der Wärtergehälter gemacht haben. In der That sind die vorzüglichen Erfolge, welche an diesen Anstalten (nach neueren

Erkundigungen, die ich dort eingezogen habe) mit der Besserung der materiellen Stellung der Wärter erzielt worden sind, der beste Beweis, dass dies der richtige Weg zur Lösung der Wärterfrage ist. Allerdings sind entgegen meiner Voraussetzung, dass es mit der wesentlichen Erhöhung der Wärtergehälter gelingen werde, Elemente aus den besseren Ständen für die Krankenpflege zu gewinnen, die Volkskreise, aus denen diese beiden Anstalten ihr Wartpersonal beziehen, im wesentlichen dieselben geblieben. Grashey sowohl als Sioli stimmen auch darin überein, dass sich die gebildeten Stände im Allgemeinen nicht für den Wärterdienst eignen. Sioli schreibt mir darüber:

„Als Volks- und Berufskreise zur Rekrutirung des männlichen Pflegepersonals sind mir meistens nach wie vor junge Leute aus bäuerlich ländlichen Kreisen, sobald sie vom Militär kommen, resp. dazwischen einige Handwerker als die geeignetsten erschienen. Die Auswahl der geeignetsten Elemente, die man erst nach einiger Dienstzeit erkennen kann und die weitere Erziehung muss dann die Hauptsache thun. Fast gar keine guten Erfahrungen habe ich gemacht mit grossstädtischen Elementen, mit sogenannten gebildeten Leuten resp. Kaufleuten, die sich meistens nach anfänglicher Kriecherei als Lumpen entpuppen und mit sogenannten geretteten Seelen, ebensowenig mit Leuten, die schon in andern Anstalten waren und bisweilen von Anstalt zu Anstalt ziehen. War ich in der Noth bisweilen angewiesen, einige solche Leute zu nehmen, so sind sie alle allmählich abgestossen worden und werden in Zukunft thunlichst vermieden werden.

Ebenso haben sich die Hoffnungen, welche auch Sioli hatte und durch Annoncen zu verwirklichen suchte, Mädchen aus besseren Ständen für die Krankenpflege zu gewinnen, als trügerisch erwiesen.

„Man bekommt ja Meldungen", meint Sioli, „aber meist waren es körperlich oder geistig minderwerthige Individuen, die den Dienst und Nachtwachen nicht vertragen konnten oder nie Gehorsam, schweigen und arbeiten gelernt haben. Ich bin deshalb bei dem soliden Dienstboten- oder Bauernstande, der noch nicht durch grossstädtische Einflüsse verdorben ist, geblieben und suche lieber in der Krankenpflege noch ganz unerfahrene junge Mädchen anzulernen, als solchen, die schon Wärterinnen waren, ihre schlechten Gewohnheiten abzugewöhnen."

Aehnlich, wenn auch nicht ganz so pessimistisch, äussert sich Professor Grashey:

„Unser Wartpersonal rekrutirt sich wie früher aus Handwerkern und Bediensteten, die aus dem Bauern-, Handwerker- und Kleinbürgerstande stammen. Wir hatten nie das Bestreben, Personen aus den besseren Ständen etwa in erster Linie bei der Anstellung zu berücksichtigen, da die unbedingte Dienstwilligkeit für alle Arbeiten bei diesen entschieden geringer ist als bei jenen; einer vorsichtigen Auswahl von Fall zu Fall verdanken wir aber trotzdem mehrere überall verwendbare Personen der besseren Stände."

Wenn ich demnach auch meine Forderung, bessere Volksschichten für die Irrenpflege zu gewinnen, etwas einschränken muss[1]), so möchte ich doch nach den Münchener Erfahrungen meine Ansicht dahin aufrecht erhalten, dass man bei angemessenem Gehalt auf bessere Elemente aus dem Bauern-, Handwerker- und Kleinbürgerstande Anspruch machen kann. Jedenfalls hat man, wenn man eine gute materielle Stellung bieten kann, die Auswahl, während man jetzt bei dem geringen Angebot fast alles nehmen muss, was sich

[1]) Scholz in Bremen hält diese Forderung jedoch aufrecht: „Ohne ein gutes williges und gesellschaftlich über dem gewöhnlichen Wärterschlage stehendes Personal darf man nicht hoffen, viel auszurichten." Scholz schlägt vor, zu diesem Zwecke eigene Berufsgenossenschaften zu bilden, wozu er in Bremen nach dem Weggange der Bielefelder Diakonen bereits den Anfang gemacht hat. Es kann hier auf die beachtenswerthen Mittheilungen über diese Institution nur kurz hingewiesen werden. — Scholz: Fortschritte der Irrenpflege, 1894, S. 58 ff.

meldet. So hat sich, wie mir Prof. Grashey bestätigt, in München mit der Verbesserung der materiellen Stellung (seit 1876) auch die Qualität des Münchener Wartpersonals ganz wesentlich gehoben. „Die hohen Löhne bedingen ein grosses Angebot, aus welchem eine sorgfältige Auswahl ziemlich erfolgreich die tüchtigsten körperlich und geistig frischesten aussuchen kann.“ Es werden bei der Anstellung der Wärter beim Militär gediente Leute bevorzugt und mindestens „sehr gute Führung“ und straflose Dienstzeit verlangt; ebenso werden Mädchen im Allgemeinen als Wärterinnen erst dann angestellt, wenn sie gedient und hierüber sehr gute Zeugnisse aufzuweisen haben. Körperliche Gesundheit ist bei allen natürlich Grundbedingung, das bevorzugte Alter der Wärter zwischen 23 und 28 Jahren, der Wärterinnen zwischen 19 und 24. „An Angebot fehlt es uns trotz dieser Forderungen nie. Wir führen eine grosse Vormerkungsliste und je glücklicher die Auswahl die besten Elemente trifft, desto geringer wird der Wechsel und desto peinlicher kann man in der Folge bei Deckung des geringen Abgangs aus einem grossen Angebot verfahren.“

Allerdings geniesst das Personal ausser hohem Lohn auch noch andere Vergünstigungen. So erhalten Wärter und Wärterinnen, welche 3 Jahre der Anstalt treu gedient haben, ein Dekret der Kgl. Regierung, vermöge dessen dieselben lediglich durch Regierungsverfügung aus dem Dienst entlassen werden können; sie haben Anspruch auf einen 8—14tägigen Urlaub jährlich (ohne Gehaltsabzug) und bekommen eine Beköstigung, wie sie nach Grashey's Meinung sowohl an Qualität als an Quantität wohl von keiner Anstalt erreicht wird (nur die Irrenanstalten des Königreichs Sachsen scheinen, wie ich bald nachher anführen werde, München in dieser Beziehung noch zu übertreffen!). Dementsprechend ist das Münchener Wartpersonal, wie ich bereits in meinem Aufsatze: „Die Wärterfrage“ hervorgehoben habe, ein ganz ausgezeichnetes.

„Unser Pflegepersonal entspricht in Bezug auf körperliche und geistige Gesundheit, Führung, Leistungs- und Bildungsfähigkeit und Behandlung der Kranken den hiesigen strengen Anforderungen. Bezüglich der Anspruchslosigkeit ist zu constatiren, dass das weibliche Personal in jeder Beziehung mit seiner Lage zufrieden ist; die Pfleger haben wiederholt und zum Theil mit Erfolg wegen weiterer Verbesserung ihrer Lage (Pensionsgewährung, Urlaub mit Gehaltsbezug etc.) an die Kreisvertretung appellirt, in dienstlicher Beziehung sind aber auch sie vollkommen anspruchslos.“ *)

Meine Herren! Ich glaube, Sie werden mit mir übereinstimmen, dass ein Anstaltsleiter, der sein Wartpersonal so rühmen kann, wirklich beneidenswerth ist. Auch Sioli in Frankfurt ist, obgleich hier die Gehaltserhöhungen erst seit 3 Jahren bestehen, in der Lage, von seinem Wartpersonal zu sagen, „dass bei den vermehrten Ansprüchen an dasselbe in Bezug auf individualisirende Krankenpflege, Nachtwachen, auf freundliche Behandlung der Kranken und Entgegenkommen gegen gebildete Kranke sich die Leistungsfähigkeit des Personals (natürlich unter fortwährender sorgfältigster Controlle) entschieden gehoben hat.“

Den Bemühungen Hasse's, welche schon seit längerer Zeit diese Richtung haben, ist es vor 2 Jahren gelungen, für Königslutter eine weitere bedeutende Erhöhung der Wärtergehälter durchzusetzen. Seit dem 1. April 1892 bekommen die Wärter in minimo 400 Mark

*) Anm.: Cfr. Jahresbericht der Kreisirrenanstalt München über das Jahr 1893, S. 9.

jährlich (33,33 monatlich) und steigen von 2 zu 2 Jahren um 20 Mark (1,66 monatlich), bis sie nach 6 Jahren das Maximum von 300 Mark (25 monatlich) erreicht haben. Dementsprechend ist auch das Gehalt des Oberwartpersonals bemessen. Der Oberwärter bekommt ein (pensionsfähiges) Gehalt von 1600 M. jährlich (nebst freier Wohnung, Beheizung und Beleuchtung). Der 2. Oberwärter 750 M. jährlich und Verpflegung 2. Klasse, die 1. Oberrwärterin 750 M. und Verpflegung 1. Kl., die 2. Oberwärterin 750 M. und Verpflegung 2. Klasse. Bei der verhältnissmässig kurzen Zeit haben diese Lohnerhöhungen noch keinen wesentlichen Einfluss auszuüben vermocht Dagegen steht, wie Hasse sich äussert, so viel fest, dass bei grösserem Angebot und grösserer Auswahl das männliche Wartpersonal sich wesentlich gebessert hat, während vom weiblichen dies vorläufig noch nicht gesagt werden kann.

Ebenso ist seit Erhöhung der Lohnsätze der Wärterwechsel ein wesentlich geringerer geworden. Es ist dies neben der Besserung der Qualität ein Erfolg, der sich in frappanter Weise auch noch in München und Frankfurt gezeigt hat. So äussert sich Prof. Grashey-München:

„Seit der im Jahre 1876 eingetretenen Erhöhung der Gehälter ist das Personal entschieden stabiler geworden. Anfangs war der Wechsel zwar noch gross, da Viele den gesteigerten Ansprüchen nicht genügen konnten, er betraf aber vorwiegend die im 1. und 2. Dienstjahre Stehenden, und dann ist er immer seltener geworden. Wenn wir nicht selbst innerhalb der ersten 3 Dienstjahre die nicht völlig tauglichen Elemente entfernen und zum Austreten veranlassen würden, so hätten wir fast keinen Wechsel.“

Sehr interessant sind die Erfahrungen, welche Dir. Sioli in Frankfurt nach der Erhöhung der Wärtergehälter gemacht hat:

„Es hatte in der hiesigen Anstalt noch eine ausgiebige Behandlung mit mechanischem Zwang stattgefunden, und es konnte daher von dem alten Personal, namentlich in der Männer-Abtheilung, für eine moderne Behandlung so gut wie kein Gebrauch mehr gemacht werden. Trotzdem ich mir immerhin noch Mühe gab, bessere Elemente desselben zu erhalten, verschwand schon 1889 zwei Drittel des alten Bestandes vom Wärterpersonal und 189· der Rest bis auf einen älteren Mann (Rasierer), der sich erhalten hat. Aber auch der neue Zugang war zunächst ein in enormster Weise fluctuirender, so dass 1890 der Bestand fast 3mal wechselte, trotzdem ich inzwischen eine Gehaltserhöhung von 100 Mark für jeden über ein Jahr bleibenden Wärter einführte.“

„Vom 1. April 1891 an wurde ein Anfangsgehalt von 500 M mit allmähliger Steigerung bis 900 Mk., dazu freie Dienstkleidung für Wärter eingeführt. Seitdem verminderte sich der Wechsel immer mehr, und es gelang immer mehr, ordentliche Leute zum längeren Bleiben zu veranlassen und zu dem Gedanken zu bringen, dass sie ihre Stellung als einen Lebensberuf auffassten und sich immer mehr bemühten, sich in die an sie gestellten Anforderungen hineinzuarbeiten.“

„Während noch 1892 unter dem Gesammtbestand von 28 Wärtern sich 16 aus dem laufenden Jahre und nur 12 aus den früheren Jahren befanden, zeigt das Jahr 1893 unter seinem Schlussbestand von 29 Wärtern 12 aus dem laufenden Jahre und 17 aus den früheren Jahren.

Von letzteren haben sich inzwischen 9 verheirathet und haben ihre Frauen in der Stadt wohnen, wogegen ich nichts einzuwenden habe, da nach meiner Erfahrung ein verheiratheter Mann sich mehr besinnen wird, eine feste Stellung aufzugeben, sich in Folge dessen mehr Mühe geben wird, den an ihn gestellten Forderungen nachzukommen und einen Tadel vertragen lernen wird. Früher war es die Regel, dass ein Wärter, den man etwas energisch tadelte, sofort den Dienst kündigte.

In der Anstellung und Kündigung des Personals, sowie in der Vornahme der Gehaltserhöhungen habe ich vollkommen freie Hand gehabt und bin daher mit den Gehaltserhöhungen in den ersten Jahren verhältnissmässig schnell vorgegangen, um erst einmal einen gewissen festen Stamm von Personal zu erhalten. Deshalb haben jetzt schon mehrere Wärter nach 4- bis 5jähriger Dienstzeit Mk. 840.— und eine ganze Reihe nach 2- bis 3jähriger Dienstzeit Mk. 600—720. — In Zukunft wird die Steigerung etwas langsamer vor sich gehen.“

Etwas anders liegen die Verhältnisse bei den Wärterinnen:

„Hier war von Hause aus der Gehalt ein verhältnissmässig hoher. Der vorhandene Bestand hielt sich daher, so lange es ihm möglich war, auch unter einem neuen Regiment.

So war im Jahre 1889 der Wechsel noch klein; 1890 war der Wechsel schon so hoch wie der Bestand und blieb seitdem wenig unter dieser Höhe, ging aber auch nicht sehr darüber. Der alte Bestand verschwand nur langsam, 2 ältere, dienstunfähige Wärterinnen wurden pensionirt, und es blieben auch bis heute noch 2, die über 20 resp. 10 Jahre im Dienste sind. War also einerseits der Wechsel nie so gross wie auf der Männerseite, so ist es doch andrerseits bis heute auch nicht gelungen, eine grosse Zahl des neu angenommenen Personals dauernd festzuhalten, vielmehr bröckelt unter den grossstädtischen Einflüssen, namentlich der Vergnügungs- und Putzsucht und sodann dem begreiflichen Wunsch, sich zu verheirathen, immer nach 2 Jahren wieder der bei weitem grössere Theil des Zuganges ab.

Aus diesem Grunde, und weil das neu angenommene Personal stets ein gänzlich unerfahrenes ist und immer wenigstens 1 Jahr lang erzogen werden muss, habe ich den Anfangsgehalt seit Mitte 1893 auf Mk. 2 0.— heruntergesetzt und lasse den Gehalt allmählig bis 500 Mk. steigen. Eine Verminderung der Meldungen hat sich dadurch nicht gezeigt."

Sehr lehrreich sind die Tabellen, welche Prof. Grashey, Director Sioli und Director Hasse so gütig waren, mir über den Wärterwechsel in ihren Anstalten zuzuschicken. Ich will dieselben hier als Belege anführen:

Tabelle I **Kreisirrenanstalt München.**

Wechsel im Pflegepersonal.

Jahr						
1871	Zahl des Wechsels / Grösse des Bestandes.	6/21	Pfleger	10/26	Pflegerinnen	
1872	—	11/22	m	10/26	w	
1873	—	35/22	m	12/25	w	
1874	—	38/22	m	22/24	w	
1875	—	41/25	m	17/29	w	Aufbesserung der Löhne.
1876	Zahl des Wechsels / Grösse des Bestandes.	28/27	m	25/31	w	
1877	—	27/37	m	7/39	w	
1878	—	31/39	m	10/39	w	
1879	—	10/39	m	6/39	w	
1880	—	11/38	m	10/39	w	
1881	—	17/39	m	3/38	w	
1882	—	12/38	m	10/38	w	
1883	—	12/38	m	7/38	w	
1884	—	10/38	m	7/39	w	

Jahr	Zahl des Wechsels. / Grösse des Bestandes.		Pfleger		Pflegerinnen	
1885		17/39	Pfleger	8/38	Pflegerinnen	
1886	—	16/43	m	8/43	w	
1887	—	20/44	m	8/44	w	
1888	—	18/44	m	12/45	w	
1889	—	14/46	m	11/48	w	
1890	—	7/49	m	13/47	w	Lohn-Erhöhung ab 13. u. 16. Dienstjahr
1891	—	12 45	m	10 50	w	Verbesserte Verköst.-Ord.
1892	—	5/44	m	7/49	w	
1893	—	3/44	m	7/49	w	

Tabelle II. **Kreisirrenanstalt München.**

Dienstalter des Pflegepersonals.

1. Pfleger.

Datum	Zahl	Hievon im 1.	2	3.	4.—5.	6.—10.	11.—15.	16.—20.	21.—25. Dienstj.	
1. I. 76.	27	17	6	—	1	3	—	—	—	
1. I. 83.	38	9	5	2	9	12	1	—	—	*) Incl. 3 zur Dispos. stehender, zeitw. beurlaubter Pfleger.
1. IX. 88.	46	13	5	6	4	5	12	1	—	
1. I. 94.	47*	5	3	8	9	10	3	8	1	

2. Pflegerinnen.

Datum	Zahl	Hievon im 1.	2.	3.	4.—5.	6.—10.	11.—15.	16.—20.	21.—25.	26.—30. Dienstj.	
1. I. 76.	30	14	6	—	1	3	5	1	—	—	
1. I. 83.	38	8	3	3	7	12	1	3	1	—	2 im
1. IX. 88.	47	9	6	9	1	10	7	1	3	1	31.
1. I. 94.	51**	7	3	9	9	9	6	5	—	1	Jahre

**) Incl. 2 zur Disposition stehender, zeitweilig beurlaubter Pflegerinnen.

Tabelle III. **Irrenanstalt Frankfurt a. M.**

Wärter.

Anfangsgehalt 400 M. ohne Steigung.

1889 Bestand 31. December: 18.
Zugang 34, Abgang vom Zugang 20.
Bestand von früher 6
„ „ 1889 14
Gesammtbestand am Schluss 20

Wärterinnen.

Anfangsgehalt M. 300 p a. ohne Steig.

1889 Bestand vom 31. December: 18.
Zugang 8, Abgang vom Zugang 1.
Bestand von früher 15,
„ „ 1889 7,
Gesammtbestand am Schluss 22.

Wärter.

Steigung um 100 M. nach einjähriger Dienstzeit.

1890 Zugang 51, Abgang v. Zugang 33,
Bestand von früher 1,
" " 1889 3,
" " 1890 18,
Gesammtbestand am Schluss 22.

Vom 1. April 1891 an: Anfangsgehalt 500 M., absatzweises Steigen bis 900 Mark, dazu freie Kleidung.

1891 Zugang 32, Abgang v. Zugang 17,
Bestand von früher 1,
" " 1889 1,
" " 1890 9,
" " 1891 15,
Gesammtbestand am Schluss 26.

1892 Zugang 26, Abgang v. Zugang 10.
Bestand von früher 1,
" " 1889 —,
" " 1890 4,
" " 1891 7,
" " 1892 16,
Gesammtbestand am Schluss 28.

1893 Zugang 21, Abgang v. Zugang 9.
Bestand von vor 1889 1,
" " " —,
" " " 1890 2,
" " " 1891 5,
" " " 1892 9,
" " " 1893 12,
Gesammtbestand am Schluss 29.

Wärterinnen.

1890 Zugang 24, Abgang v. Zugang 8.
Best. v. früher 7, 1 pensionirt.
" " 1889 1,
" " 1890 16,
Gesammtbest. a. Schl. 24.

Vom I. April 1891 an: Anfangsgehalt 360 M., steigt bis 500 M. p. a., dazu freie Kleidung.

1891 Zugang 28, Abgang v. Zugang 14.
Best. v. früher 5, 1 pensionirt.
" " 1889 1,
" " 1890 6,
" " 1891 14,
Gesammtbest. a. Schl. 26.

1892 Zugang 22, Abgang v. Zugang 9.
Bestand von früher 4,
" " 1889 1,
" " 1890 3,
" " 1891 4,
" " 1892 13,
Gesammtbestand am Schluss 25.

Seit Mitte 1893 Anfangsgehalt auf 250 Mark herabgesetzt.

1893 Zugang 26, Abgang v. Zugang 8.
Bestand von früher 2,
" " 1889 1,
" " 1890 3,
" " 1891 4,
" " 1892 5,
" " 1893 18,
Gesammtbestand am Schluss 33.

Tabelle 4. Herzogl. Heil- u. Pflegeanstalt in Königslutter.

		Zugang	Abgang
Der Wechsel betrug im Jahre	1887	13	14
" " " " "	1888	16	15
" " " " "	1889	17	19
(" " " v. 1./1—31./3	1890	4	4)
" " " im Jahre	1890/91	12	10
" " " " "	1891/92	15	16
* " " " "	1892/93	10	7
" " " " "	1893/94	10	8

* Gehaltszulage.

NB. Vom 1. April 1890 ab läuft das Rechnungsjahr vom 1. April bis ult. März.

Besonders interessant sind die Tabellen von München, wo die Verbesserung der materiellen Stellung in 3 Absätzen erfolgt ist. Jede Verbesserung hat eine weitere Verminderung des Wärterwechsels zur Folge.

Ich selbst habe in Allenberg eine ähnliche Erfahrung beim männlichen Wartpersonal[1]) gemacht, welches seit 1. April 1892 eine (nicht pensions-

[1]) Anm.: Vom 1. April 1895 ab bekommt auch das weibliche Wartpersonal eine Zulage von 8 Mark monatlich.

fähige) Zulage von 6 Mark monatlich erhält. Seitdem ist der Wärterwechsel entschieden geringer geworden, während derselbe bei den Wärterinnen im letzten Jahre gerade wesentlich zugenommen hat, was allerdings zum Theil auf Zufälligkeiten beruhen mag.

Tabelle V. **Allenberg.**

	Bestand. Wärter.	Zugang.	Abgang.
1890/91	41	25	25 (8 freiw., 17 entl.)
1891/92	42	17	14 (5 „ 8 „ 1 gest.)
1892/93	43	21	21 (12 „ 8 „ 1 pens.)
1893/94 *	43	13	13 (8 „ 4 „ 1 bef.)
1894/95	43	8	8 (6 „ 2 „)

* Gehaltszulage.

	Bestand Wärterinnen.	Zugang.	Abgang.
1890/91	40	17	15 (11 freiw, 4 entl)
1891/92	42	12	10 (5 „ 5 „)
1892/93	44	12	10 (8 „ 2 „)
1893/94	44	20	20 (20 „ — „)

Uebrigens ist in Allenberg eine weitere Verbesserung der materiellen Stellung der Wärter geplant. Es wird nämlich beabsichtigt, älteren und bewährten Wärtern, wenn sie ihr pensionsfähiges Alter erreicht haben, ein kleines Anwesen (von ca. 30 Morgen Land) einzurichten und mit der Verpflichtung zur Uebernahme einiger Kranker aus der Anstalt in Pacht zu geben. Man glaubt, dass das Land hinreichend sein wird, um dem Wärter für seine Familie und die Kranken Brot, Kartoffeln und Gemüse zu liefern, während zur Bestreitung der baaren Auslagen für andere Lebensmittel und für Bekleidung das Pflegegeld von ca. 8 Mark monatlich pro Kranken ausreichen wird.

Diese Ansiedlung von Wärtern, mit welcher demnächst begonnen werden soll, wird hoffentlich die Wirkung haben, durch die Aussicht auf eine auskömmlich Nahrstelle geeignete Elemente zu gutem Verhalten und längerem Verweilen im Anstaltsdienst zu veranlassen. Ausserdem dürfte dadurch dem Uebelstande abgeholfen werden, dass sich die Wärter im Anstaltsdienste abarbeiten.

Uebrigens ist eine Erhöhung der Wärtergehälter in den letzten Jahren auch an manchen anderen Anstalten eingetreten. So sind an den westfälischen Irrenanstalten die Wärterlöhne um 50 Mark jährlich erhöht worden. In Heidelberg, wo Prof. Kräpelin in meinem Sinne weiter vorgehen will, hat derselbe vorläufig durchgesetzt, dass der in natura gelieferte Alcohol in einen Geldbetrag von 50 Mark jährlich verwandelt wird.

Am weitesten ist in letzter Zeit das Königreich Sachsen vorgegangen, sowohl was die Höhe des Gehalts als die plangemässe Ausbildung und Erziehung des Wartpersonals betrifft. Diese Ausbildung geschieht in sog. „Pflegehäusern“, welche den von mir geforderten Wärterschulen entsprechen und zur gemeinschaftlichen Aufenthalts- und Unterrichtsstätte für die in der Ausbildung begriffenen und als Heimstätte für die bereits ausgebildeten Pfleger dienen. Sie stehen unter der Leitung des Anstaltspfarrers, dem ein Arzt beigeordnet ist. Es existiren 2 Pflegehäuser, eins für männliches Personal in Hochweitzschen und eins für weibliches in Hubertusburg. Die Aufnahme in's Pflegehaus ist abhängig von der bisherigen Führung, über

welche der Anwärter ein Zeugniss der Polizeibehörde und des Ortsgeistlichen beizubringen hat, und erfolgt Seitens des Pflegehauses nach Anhörung des beigeordneten Arztes; die Entlassung Ungeeigneter kann jeder Zeit ohne Kündigung erfolgen. Die künftigen Wärter müssen als „Probepfleger" zunächst eine Probezeit von 3 Monaten durchmachen, dann werden sie als „Lehrpfleger" im Pflegehause theoretisch und als „Hülfspfleger" in der Anstalt praktisch ausgebildet. Nach Beendigung der Ausbildung werden sie als „Pfleger" angestelt. Dieselben erhalten neben freier Station zweiter Klasse 52,5 Mark monatlich und können bis auf 73 Mark monatlich steigen, während die Probepfleger ein Taschengeld von 6 Mark monatlich und die Hülfspfleger 37,50 Mark und Station 2. Klasse bekommen. Ausserdem erhalten die Pfleger freie Dienstkleidung. Für die Ausbildung wird den Pflegern nach der Anstellung 4 Mark monatlich bis Ablauf von 10 Jahren abgezogen und in ein Sparkassenbuch eingetragen, welches der Renten- und Pensionskasse anheimfält, wenn dem Pfleger gekündigt werden muss. Ansprüche auf staatliche Pension hat das Wartpersonal nicht. Dagegen ist ihre soziale Stellung im Uebrigen ausgezeichnet, wozu ja schon die Verpflegung in der zweiten Klasse beiträgt. Wie die beiden Pflegehäuser gleichzeitig als Heimstätte für die angestellten Pfleger dienen, so existiren für diese Zwecke an den übrigen sächsischen Anstalten sogenannte Pflegeheime (und zwar für Pfleger und Pflegerinnen je eine Villa), welche mit Bildungs und Erheiterungsmitteln reichlich ausgestattet sind und zur Fortbildung, Erholung und zum geselligen Verkehr während der dienstfreien Zeiten benutzt werden können. Die Pfleger haben für diese Zwecke wöchentlich zwei freie Nachmittage, welche auch gewöhnlich im Pflegeheim zugebracht werden. Wöchentlich einmal findet in jedem Pflegeheim unter Leitung des Pfarrers und des Abtheilungsarztes ein Gesellschaftsabend für das Pflegepersonal statt. In dem ruhig gelegenen Pflegeheim können auch Pfleger, welche einen angestrengten Dienst auf unruhigen Abtheilungen haben, eine ruhige Nacht verbringen.

Man wird zugestehen, dass abgesehen von der kirchlichen Leitung, welche zu vielen Missständen geführt zu haben scheint, hier eine höchst beachtens- und nachahmenswerthe Institution geschaffen ist, um den Wärterstand zu heben. Nach einem Referate von Guentz über den Verwaltungsbericht der sächsischen Irrenanstalten (Allg. Zsch. f. Psych. 1894, S. 772 ff.) sollen die Erfolge dieser Einrichtung sehr gut sein. Im Jahre 1891 konnten von den zur Ausbildung angenommenen 74% Pfleger und 67% Pflegerinnen angestellt werden. Vor Allem aber soll die bessere Qualität der vorgebildeten Pfleger das neue System empfehlen. Nach Mittheilungen eines Collegen, welcher im Jahre 1893 die Anstalt Untergöltzsch besuchte, soll man dort mit den Pflegern sehr zufrieden sein. Neuerdings hat sich aber Herr Director Lehmann weniger befriedigt Herrn Director Sommer gegenüber geäussert, welcher die Anstalt im vorigen Sommer besucht hat. Es scheint die Unzufriedenheit mit dem kirchlichen Regime zusammenzuhängen, unter welchem die Pflegehäuser und die Pfleger stehen. Eine directe Anfrage meinerseits beantwortete Herr Director Lehmann ausweichend dahin, dass die Erfahrungen noch nicht abgeschlossen und weitere Veränderungen in Aussicht genommen seien. Besonders beabsichtige man noch eine weitere Erhöhung der Wärtergehälter.

Wärterschulen scheinen sonst in Deutschland nicht zu bestehen. In München werden den Wärtern zum Zweck der theoretischen Ausbildung im Krankendienst 2 wöchentliche Unterrichtsstunden ertheilt. Dies geschieht auch in vielen anderen deutschen Anstalten, entweder regelmässig oder gelegentlich.

In den Vereinigten Staaten wird, wie Burr[1]) im American Journal of insanity mittheilt (Referat in der Allg. Ztsch. f. Psych. 1894, S. 283), an 19 Anstalten ein regelmässiger Unterricht ertheilt. Im Staate New-York bestehen seit einigen Jahren Wärterschulen. Dem Berichte des Sheppard Asylum vom Jahre 1893, welcher die eminente Wichtigkeit eines gediegenen und geschulten Wartpersonals in beredten Worten hervorhebt, entnehme ich, dass in der dortigen Wärterschule, die 1892 eingerichtet worden ist, Vorlesungen über die verschiedensten für die Krankenpflege wichtigen Abschnitte der Medizin (elementare Anatomie, Hygiene, Desinfection, Krankendiät, Verbandlehre, Anwendung von Bädern, allgemeine Krankenpflege, Pflege bei Infections-, chirurgischen, Frauen- und Augenkrankheiten, allgemeine und spezielle Pflege von Nerven- und Geisteskrankheiten) von Spezialärzten und Directoren der verschiedenen Krankenhäuser gehalten werden. Ob die Form der Vorlesungen für Wärter geeignet ist, und ob es zweckmässig ist, den Unterricht und die Belehrung von zahlreichen Aerzten ertheilen zu lassen, welche im Allgemeinen den Interessen einer Irrenanstalt fern stehen, möchte ich bezweifeln. Ich halte einen elementaren Unterricht durch einen älteren Arzt der Anstalt für praktischer.

Zum Schluss will ich die Hauptpunkte meines Vortrages in folgenden Sätzen zusammenfassen:

Zur Besserung des Wärtermaterials und Hebung des Wärterstandes sind

1. Erhöhung der Wärtergehälter (Besserung der materiellen und sozialen Stellung),
2. Einrichtung von Wärterschulen (unbedingte Erfordernisse).
3. In nächster Linie steht erst die sorgfältige Ueberwachung des Wartpersonals, welche weniger durch die Aerzte als durch das Oberwartpersonal zu versehen ist resp. (nach dem Muster in Königslutter) durch Personen, welche in der Mitte zwischen Oberwärter und Wärter stehen und die Aufsicht über je eine Abtheilung zu führen haben.

IV. Original-Vereinsbericht.

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 15. December 1894.

1. Herr Moeli: Krankenvorstellung (Periphere Lähmung bei Paralyse).

Der Vortragende berichtet über 5 Fälle von Lähmung des Peroneus, die noch verhältnissmässig rüstige Patienten im Alter von 40—50 Jahren betreffen. Als Ursachen für die Erkrankung lassen sich toxische, infectiöse

---

[1]) Burr: What improvements have been wrought in the care of the insane by means of training schools? — Am. Journ. of insanity, October 1893.

oder sonstige von anderen Autoren geltend gemachte Momente ausschliessen, und M. führt als ursächliches Moment „eine durch Rückenmarksveränderung etwa gesetzte functionelle Ueberlastung im Gebiet des Peroneus" an. In zwei zur Section gekommenen Fällen fand sich eine ausgesprochene Erkrankung der Hinterstränge im Bereich des Lendenmarks. In allen 5 Fällen bestand das Westphal'sche Zeichen.

2. Herr Naecke: Vergleichende Untersuchungen über einige weniger beachtete Anomalien am Kopfe.

3. Herr A. Cramer: Ueber Sinnestäuschungen bei einem Taubstummen.

Pat. ist von Geburt an taubstumm und befand sich lange Zeit hindurch in einer scheinbar durch Sinnestäuschungen bedingten Erregung. Nachdem Pat. ruhiger und zugänglicher geworden war, macht er Angaben, aus denen hervorgeht, dass er die ihm zugerufenen Worte vernimmt, indem er fühlt, wie „es" aus der Luft auf den Mund zuströmt, oder indem er in seinen Händen die Symbole der Taubstummensprache „wie durch Taschenspielerei" empfindet. Wir haben es also hier mit Sinnestäuschungen äquivalent den Gehörstäuschungen zu thun, ohne dass dabei die Wortklangbilder irgend eine Rolle spielen. Die Beobachtung beweist, dass Sinnestäuschungen im Muskelsinn des Sprachapparates allein von der Dignität einer Gehörstäuschung vorkommen können. Cr. betont hierbei noch, dass er unter Muskelsinn die Leistung sämmtlicher centripetaler Bahnen, welche uns über die Veränderung in einer Extremität oder im Sprachapparat etc. Auskunft geben, verstanden wissen will. (Nach einem Autoreferat.)

4. Herr Köppen: Die sogenannte überwerthige Idee und ihre Beziehung zum Querulantenwahnsinn.

Der Vortragende polemisirt in scharfen Worten gegen diese von Wernicke eingeführte Bezeichnung und sucht an der Hand von Beispielen nachzuweisen, dass ein Grund für dieselbe nicht vorhanden ist.

5. Näcke: Bemerkungen zu einigen wichtigen Kapiteln der Psychiatrie.

In dem ersten allgemeinen Theil seines Vortrages stellt N. folgende Forderungen auf:

a) Schaffung eines organischen Irrengesetzes;
b) Einsetzung von Commissionen, die unangemeldet die Anstalt revidiren und die Klagen der Kranken entgegennehmen sollen;
c) Einlieferung der Kranken nur auf Grund des Gutachtens eines Sachverständigen, nicht eines jeden beliebigen Arztes;
d) Vorführung der Kranken, soviel wie es irgend möglich ist, zum Entmündigungstermin;
e) Zulassung der Besucher direct in die Aufenthaltsräume (Zellen);
f) Zuziehung von Publikum zu Festlichkeiten;
g) Einführung der Psychiatrie als Examensfach für die Aerzte, da diese leider in ihrer Unkenntniss gegen die Irrenärzte interessiren.

Weiter spricht der Vortragende über den Dienst des Geistlichen: er soll mehr als Mensch wie als Geistlicher wirken. An Anstalten bis zu 500 Insassen kann ein Geistlicher im Nebenamt wirksam sein. Eine freistehende Kirche ist nicht erforderlich, ein Betsaal genügend.

Zur Wärterfrage übergehend fordert er Erhöhung des Gehalts und Einrichtung von Wärterschulen. Als die besten Wärterinnen bezeichnet N. diejenigen, welche unehelliche Kinder haben.

Die Frage der Verpflegung sei sehr schwierig, weil die Geschmäcker verschieden sind.

Im zweiten Theil des Vortrages wird die familiale und coloniale Pflege als das Ideal der Unterbringung von Kranken und als eine sehr schätzbare Entlastungsart der überfüllten Anstalten hingestellt.

Der dritte Theil umfasst das Kapitel Bautechnisches: Die Anstalten baue man in oder an einer grossen Stadt. Der Arzt entwerfe den Plan, der Techniker sei nur Beirath. Man vermeide überflüssigen Luxus; berücksichtige strenge Durchführung des no restraint, d. h. Abschaffen der Mauern, insbesondere der Tobhöfe, und Weglassen der Zellenabtheilungen. Die einzelnen Pavillons sollen nur 40—50 Kranke fassen. Das Corridorsystem sei zu verwerfen. Als Heizung genügt der Ofen. Gucklöcher in den Zellenthüren seien überflüssig u. s. w.

Der letzte Punkt betrifft die Behandlung der Unreinlichen. Der Vortragende hält dies Kapitel für ein sehr vernachlässigtes und wird demnächst eine ausführliche Arbeit darüber erscheinen lassen (nach einem Autoreferat).

N. behandelt hier in kurz hingeworfenen Sätzen fast das ganze Gebiet der Psychiatrie. Er dürfte vielfach mit seinen Ansichten und Forderungen vereinzelt dastehen; ihn im Einzelnen zu widerlegen, dazu ist hier nicht der Ort und auch nicht die Möglichkeit vorhanden. Bezüglich der Begutachtung der Kranken vor der Einlieferung fordert er geradezu Unmögliches; während alle übrigen Irrenärzte eine Vereinfachung der Aufnahmebedingungen erstreben, erschwert N. mit seinen Vorschlägen dieselben. In der Wärterfrage stellt er doch in recht bedenklicher Weise der Sittlichkeit ein beschämendes Zeugniss aus.

Eine Discussion über das umfangreiche Thema fand nicht statt, doch verwahrte sich die Versammlung ausdrücklich dagegen, dass sie mit den Vorschlägen des Redners in allen Punkten einverstanden sei.

Rust. Dalldorf.

V. Zur Tagesgeschichte.

Congress für innere Medicin.

Vom 2.—5. April wird zu München unter dem Vorsitze des Herrn Geheimerath v. Ziemssen der **XIII. Congress für innere Medicin** tagen. Die Sitzungen finden im grossen Saale des „Bayerischen Hofes", Promenadeplatz 19, statt, woselbst sich auch das Empfangsbureau befindet. Als schon länger vorbereitete Verhandlungsgegenstände, für welche Autoritäten ersten Ranges die Referate übernommen haben und welche bedeutendes actuelles Interesse haben, stehen auf dem Programme: **Die Eisentherapie** (Referenten die Herren Quincke-Kiel und Bunge-Basel); **die Erfolge der Heilserumbehandlung der Diphtherie** (Referent Herr Heubner-Berlin); **die Pathologie und Therapie**

der Typhlitiden (Referenten Herr Sahli-Bern und Herr Helferich-Greifswald).

Ausserdem haben bisher 55 Herren Einzelvorträge angemeldet; darunter die Herren v. Leube (Würzburg), Rosenbach (Breslau), Rumpf (Hamburg), Sonnenburg (Berlin), v. Basch (Wien), Semmola (Neapel), Bollinger (München), v. Ziemssen (München), v. Jaksch (Prag), Ziegler (Freiburg), Tappeiner (München), Giovanni (Padua), Klemperer (Strassburg), Posner (Berlin). Von besonderem augenblicklichen Interesse sind die Vorträge der Herren Baginsky (Berlin): Die pathogenen Nebenwirkungen des Heilserums in der Diphtheriebehandlung; Emmerich (München): Klinische Erfahrungen über die Heilung des Krebses durch Krebs-Serum (Erysipel-Serum); Seitz (München): Besondere Vorkommnisse und Verhalten complicirter Fälle von Diphtherie bei der Serumtherapie; Trumpp (Graz): Ueber das Vorkommen von Diphtherie- und Diphtherieähnlichen Bacillen auf Schleimhäuten der Kinder.

Theilnehmer für einen einzelnen Congress kann jeder Arzt werden. Die Theilnehmerkarte kostet 15 Mark. Die Theilnehmer können sich an Vorträgen, Demonstrationen und Discussionen betheiligen und erhalten ein im Buchhandel ca 11 Mark kostendes Exemplar der Verhandlungen gratis.

Mit dem Congress ist in einem Nebenraume des Sitzungssaales eine Ausstellung von *neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten* u. s. w., so weit sie für die innere Medicin Interesse haben, verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an Herrn Geheimerath v. Ziemssen (München) zu richten.

Inhalt des März-Hefts.

I. Originalien.

II. Referate u. Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

a) Gehirn.

b) Rückenmark.

c) Neurosen.

d) Therapie.

Nr. 90) v. Bechterew: Ueber die Bedeutung des gleichzeitigen Gebrauchs der Bromide und der Adonis vernalis bei Epilepsie.
Nr. 91) Freeman: Secondary suture of the sciatic nerve.
Nr. 92) Hecker: Die Behandlung der Hysterie
Nr. 93) Bruce: Observations on the effect of thyroïd feeding in some forms of insanity.

B. Psychiatrie.

Nr 94) Bianchi e Marimò: Su alcun anomale croniche negli alienati (dall' istituto psichiatrico di Reggio).
Nr. 95) Mozavcsik: Das hysterische Irresein.
Nr. 96) Snell: Ueber die Formen der Geistesstörung, welche Hexenprocesse veranlasst haben
Nr. 97) Möbius: Ueber die gegenwärtige Auffassung der Hysterie
Nr. 98) Higier: Acutes und chronisches Oedem bei manchen Neurosen, insbesondere bei Hysterie.
Nr. 99) Souques: Contribution â l'étude du rôle des idées fixes dans la pathogénie de la polyurie hystérique.
Nr. 100) Francotte: Surdi-mutité hystérique guérie par suggestion à l'état de veille.
Nr. 101) Sérieux: Sur un cas d'hallucinations motrices verbales chez une paralytique générale.
Nr. 102) Näcke: Un cas de fétichisme de souliers avec remarques sur les perversions du sens génital.
Nr. 103) Kowalewsky: Etude sur la pathologie de la paralysie progressive'
Nr. 1(4) Turner: Sulphates in the urine of general paralytics, with special reference to their relation to the seizures in this diseases.
Nr. 105) Greenless: Insanity among the natives of South Africa.
Nr. 106) Peeters: La situation actuelle de la Colonie de Gheel.

C. Degenerationslehre.

Nr. 107) Laborde: La microcéphalie vraie de la descendance de l'homme d'après l'étude de trois frères microcéphales et d'un jeune chimpanzé femelle.
Nr. 108) van Deventer: De la pluralité des types de criminels.
Nr. 109) Kowalewsky: Le Czar Jean le Terrible de Russie et son état mental.
Nr. 110) Dana: On the new use of some older sciences.

III. Practische Psychiatrie.

Zur Wärterfrage. Von Hoppe. (Schluss.)

IV. Original-Vereins-Bericht.

Psychiatrischer Verein zu Berlin. (Sitzung vom 15. December 1894.)

V. Tagesgeschichte.

Congress für innere Medicin.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVIII. Jahrgang. 1895 April. Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Zur Casuistik der modificirten Paralyse.

Von Dr. J. Belkowsky, Breitenau bei Schaffhausen.

Wir haben schon einmal Gelegenheit gehabt*), auf die Schwierigkeit der Diagnose der Paralyse sowohl im Beginn, als im Verlaufe derselben hinzuweisen, und wenn wir jetzt auf dieses Thema zurückkehren, so thun wir das nicht, um die grosse fast unumfassbare Litteratur derselben zu vermehren, sondern wir haben vielmehr die Klinik als die pathologische Anatomie im Auge und sind überzeugt, dass bei dieser leider in steter Zunahme begriffenen entsetzlichen Krankheit auch die Formen ihrer Aeusserung sich vermehrt haben und desshalb die Diagnose derselben, die möglichst früh gemacht werden soll, nicht nur für den practischen Arzt, der als erster mit ihr zu rechnen hat, sondern für den Psychiater von Beruf schwer ist. Der nachstehende Fall soll als Beispiel dieser Schwierigkeit dienen und zugleich zeigen, dass die körperlichen Störungen den geistigen vorangehen können. Es ist dies ein Fall, von dem Schüle bemerkt, „dass die Kranken körperlich schon ganz gebrochen sind, aber über Familienverhältnisse sprechen und theilweise richtige Einsicht in die Krankheit haben". Die Anfangssymptome dieses Falles, die als tabetische gedeutet werden können, stellen sich bei genauer Prüfung nicht als Tabes heraus. Die übrigen geistigen und körperlichen Symptome kommen ebenso gut bei Hysterie wie bei Paralyse vor.

Bei der Aufnahme des Patienten am 22. Mai 1894 wird folgendes notirt:

*) Centralbl. f. Nervenheilk u. Psych., April 1894.

H. Johann, aus B., geboren 17. Juli 1852, ledig, früher Schuster und Fabrikarbeiter, jetzt in Sch. untergebracht, hat zwei geistig normale Schwestern, wovon eine unbekannten Aufenthaltes. Die Mutter hatte ein Gewächs im Hals und erstickte, war geistig etwas schwach, der Vater trank ab und zu, war böser und zorniger Gemüthsart; ertrank; keine Blutsverwandtschaft der Eltern. Ueber die Jugend des Patienten weiss seine Schwester nichts anzugeben. Nach Aussagen seiner Kostfrau war Patient früher gesund und stark und gescheidt; arbeitete in verschiedenen Fabriken. Gewann vor 3 Jahren in der Lotterie ein Pferd, verkaufte das Loos um kaum die Hälfte des Werthes, verbrauchte das Geld nach und nach und wurde mehr weniger liederlich. Seit ca. $1^1/_2$ Jahren arbeitet er nicht mehr, ist von der Gemeinde verkostgeldet. Er war einmal krank, klagte über Schmerzen und Schwäche in den Beinen, war desshalb auch im Krankenhause; es besserte aber nicht und es wurde weiter nichts gegen die Krankheit gethan. Pat. ging sehr unsicher und fiel ab und zu um, sogar auf der Strasse, so dass die Leute glaubten, er habe einen Rausch. Seiner Kostfrau half er Holz sammeln und in den Reben hacken, und arbeitete zu Hause, so viel ihm bei seiner beschränkten Kraft möglich war. Seit 2—3 Wochen ist eine Menagerie in der Nähe seines Hauses aufgestellt. Viel Musik und Thiergebrüll. Dies soll ihm, nach Angabe seiner Kostfrau, in den Kopf gestiegen sein. Pat. trank nie excessiv. Vor 5 Tagen (i. e. den 17. Mai 1894) merkte die Frau, dass etwas bei ihm los sei, indem er in den Reben mit der Hacke ungeheuer stark umging. Vor 3 Tagen kam er ganz verstört in ihre Stube, als sie ass, hatte das Glied aus den Hosen hängen und sagte, er habe eine Geschlechtskrankheit; glaubte, die Leute in der nahen Wirthschaft und die Kinder auf der Gasse verhandelten ihn und riefen ihm Seckelreiber, Hurenbub und andere Schimpfwörter zu, das ganze Volk rufe ihm nach; er glaubte, man wolle ihn in die Menagerie holen und den Thieren vorwerfen, hatte desshalb Angst, wollte nicht mehr zum Hause hinaus, klagte über Hitze, warf das Bettzeug von sich, wurde in seiner Stube eingeschlossen, wo er brütend und stierend dasass. Pat. liess sich ohne Schwierigkeiten in die Anstalt führen; beim Eintritt giebt er seine Personalien richtig an, ist aber schwer besinnlich und hat Mühe, die Fragen aufzufassen; er weiss nicht, wo er ist, giebt zu, verrückt zu sein, man rufe ihm Schweinereien nach und wolle ihn in die Menagerie holen; er sagt zum Beispiel, er habe den Tripper, dichtet sich allerlei Krankheiten an. Pat. steht und geht sehr unsicher und fällt beinahe um.

Am 23. Mai 1894 wird folgender Status notirt: Pat. war Nachts ruhig, schlief, weiss nicht, wo er ist, weiss aber, dass er seit gestern da ist, schwer besinnlich, gleich wie gestern, giebt an, man rufe ihm von unten herauf Schimpfwörter zu. Schlechtes Gedächtniss.

Pat. ist ein blasser Mann, gute Muskulatur, Herzstoss nicht zu fühlen, Herzdämpfung scheint in der Höhe etwas vergrössert zu sein, keine Herzgeräusche, Puls regelmässig. Ueber die Lungen nichts besonderes. Sensibilität erhalten, Kniereflex nicht auslösbar, Bauch-, Kremaster- und Kitzelreflex erhalten. Die Pupillen sind mittelweit, nicht ganz rund und reagiren träg auf Licht. Ueber dem 4. und 5. Wirbel des Sacrums, dessen Processus spinosi wie eine continuirliche Crista sich durchfühlen lassen, findet sich

eine hühnereigrosse Geschwulst, die sich prall anfühlt. Die Haut über der letzteren ist normal, verschiebbar und geht allmählig in die übrige Hautdecke über; die Geschwulst ist nicht compressibel, nicht schmerzhaft, ruft bei Druck keine Gehirnerscheinungen hervor; eine Probepunction ergiebt Schleim und Blut — es ist ein Hygroma Bursæ synoviolis subcutaneæ sacri. Pat. hat weder glosso-labial-tremor, noch Zittern der Extremitäten Die Untersuchung des thermoästhetischen Gefühles ergab kein positives Resultat. In der Mehrzahl der Fälle jedoch gab Pat. auf Berührung mit Eis und warmem Wasser prompt und richtig an, dass er Kälte oder Wärme spüre, bald aber sagte er bei Berührung mit Eis, er spüre Wärme. Seine Sprache ist ein wenig verschwommen, aber verständlich, kein Auslassen von Silben; kein Albumin im Urin, keine vasomotorischen oder trophischen Störungen.

Am 26. Mai wird notirt: Eigenthümlich verwirrter benommener Zustand, dunkles Krankheitsgefühl, deprimirte Stimmung, spricht und stöhnt öfters vor sich hin, sagt: „ich werde jetzt auch liederlich, ich bin ja verrückt, sehen Sie mein Geschäft (Genitalien) an, oh, oh, um's Himmelswillen, dass ich so übel, so dumm und einfältig werde!" Hierbei bläst er mit den Backen, seufzt, pfeift und schnalzt — „aber, aber, hm!" — etc.; er ist furchtsam, misstrauisch, giebt an, nicht gut geschlafen zu haben, weiss aber nicht, warum. Viele Fragen beantwortet er ganz prompt, andere scheint er in Folge mangelnder Aufmerksamkeit nicht zu verstehen, andere wieder ist er ganz unfähig zu beantworten, weiss gar nicht einmal, wieviel 4 mal 4 oder 2 mal 2 ist; er giebt an, eine Schwester in Z. zu haben, die verheirathet sei und K. heisse, und eine andere, die E. heisse. Pat. geht und steht sehr unsicher.

28.|V. Glaubt, er sei in der Rheinau, meint, er sei schon lange hier, weiss aber, dass man ihn in der Anstalt die Stiege hinauftransportirt hat; gestern sagte er prompt: 4 mal 4 ist 16, während er vorgestern diese Aufgabe nicht lösen konnte. Handschrift schlecht. Pat. kann seinen Namen nicht fertig schreiben, hat auch Mühe, denselben zu copiren; spricht in abgerissenen Sätzen, wie einer, der sich mit Mühe auf etwas besinnt.

5.|VI. Merkwürdig dumm und unorientirt, giebt zerfahrene Antworten, geht sehr schwankend, giebt an, nicht mehr gehen zu können, was indessen nicht der Fall ist; liegt steif im Bett, weigert sich aufzustehen und klagt über intensive Schmerzen in der Sacralgegend; Patellarreflex fehlt, Sensibilität erhalten, Reaction der Muskeln auf faradischen Strom ebenfalls. Kein besonderer ophthalmoscopischer Befund. Zunge belegt, Fœtor ex ore.

7./VI. Sieht erstaunt um sich, stösst abgebrochene, zum Theil verwirrte Sätze aus: „Schauet dahin, was ich gemacht habe, es ist keine Sonne mehr da, ich habe meine Zähne caput gemacht, ich habe die Sonne mit den Zähnen herausgetrieben und da habe ich noch so Zeug, Wolle und Matratzen!" Er meint, es sei alles gestorben, die Kirche sei weg und alles, so habe er „gefuhrwerkt" (-gewirthschaftet), man solle nur zum Fenster hinaussehen, was er alles angerichtet habe, alles Land caput gemacht.

9./VI. Pat. klagt über Schmerzen im Kreuz bei brüsken Bewegungen, steigt sehr langsam und vorsichtig aus und ins Bett. Die ganze Wirbelsäule ist gegen Druck schmerzhaft. Das Symptom der Dermographie ist

allerdings in nicht allzu ausgesprochener Weise nachzuweisen. Pat. ist klarer als vorgestern.

12.|VI. Retentio urinæ; die Blase wird von Zeit zu Zeit durch manuelle Compression entleert.

20.|VI. Urinirt wieder von selbst, hat Stuhlgang nur nach Verabreichung von Ol. ricini; behauptet, man müsse seinen Penis abhauen, er habe Schmerzen darin, giebt aber nicht an wo; objectiv nichts nachzuweisen; wegen eines kleinen Geschwürs am Gaumen, das auf Lues verdächtig, wurden Inunctionen mit Ung. ciner. und Kali jodati während 3 Wochen ohne den mindesten Erfolg angewendet.

24.|VI. Letzte Nacht unruhig trotz 2,0 Sulfonal, stand auf, riss das Bett auseinander, sprach mit sich selbst und gestern Nachmittag schlug er manchmal um sich, er hörte beständig Stimmen, die ihm das gleiche Zeug in die Ohren schrieen, d. h. er solle seinen Penis abhauen. Keine Schmerzen im Kreuz. Das Geschwürchen am Gaumen ist abgeheilt.

25.|VI. Nachts unrein und mit 2,0 Sulfonal leidlich ruhig, Delirirt; heute glaubt er, man habe sein Geld in die Welt hinausgeschleudert, die ganze Stadt sei durch dasselbe reich geworden (Spuren von Grössenideen); daneben gegentheilige Ideen: mit ihm sei gar nichts los, man solle ihn nur aufhängen, den Penis abschneiden etc. Leichter Ptyalismus. Pat. läuft oft im Garten herum und gesticulirt in heftiger Weise, wobei das Schwergewicht des Körpers auf das linke Bein gelegt wird, das rechte sinkt im Knie etwas ein.

15.|VIII. Seit einiger Zeit wechselt regelmässig ein Tag von Wohlbefinden und Ruhe mit einem Tage von Depression und nihilistischen Ideen ab. An letzteren Tagen behauptet Pat., es sei aus mit ihm, er sei caput, liederlich, er habe kein Maul mehr, könne nicht gehen, wobei er wirklich liegt oder auf allen Vieren dahinkriecht, er habe keinen Penis, könne weder Wasser noch Stuhl lassen, während beides in die Hosen geht; er wisse nicht, woran er sei; sein Bewusstsein ist dabei ungetrübt.

24.|VIII. Bis heute ist der Zustand derselbe, d. h. ein Tag von Euphorie und Ruhe wechselt ab mit einem Tage von Unruhe und Depression. Im ersten Falle sitzt Pat. ruhig oder schleppt sich herum im Aufenthaltsgarten. Wir sagen „schleppt sich herum“ und wollen mit dem Wort schleppen bedeuten, dass sein Gang etwas spastisches, steifes in sich hat (oder da das Wort spastisch die Idee von Lateralsclerose nach sich zieht, wollen wir lieber den Ausdruck steif brauchen). Diese Steifigkeit ist bald im rechten, bald im linken Beine besonders stark ausgesprochen. In diesem Zustande der Euphorie und Ruhe ist Pat. auf der ganzen linken Hälfte seines Körpers von der Kopfschwarte bis zu den Zehen analgetisch, aber nicht anästhetisch: er fühlt wohl den Stich der Nadel, die bald nur in die Haut, bald tief ins Fleisch gestochen wird und sagt lachend: „Sie stechen mich“, klagt aber über keine Schmerzen oder bemerkt ausdrücklich „es thut nicht weh“. Ebenso reagirt in diesem Zustande die linke Pupille auf Licht entschieden schwächer als die rechte. Patellarreflex fehlt, die anderen Reflexe gut bewahrt. Pat. ist unrein, lässt Stuhl und Urin in die Hosen oder im Bette. Dass diese Unreinlichkeit nicht auf Paralyse der beiden Sphincteren, d. h. auf Zerstörung ihrer Centren im Lumbalmark beruht,

lässt sich daraus schliessen, dass der Anus nicht klafft und der Finger bei der Rectal-Untersuchung auf Widerstand Seitens des Sphincters stösst; aus der Blase fliesst der Harn nicht tropfenweise, wie das der Fall sein müsste bei Zerstörung des Lumbalcentrums, sondern erst dann, wenn ein gewisses Quantum von Urin in der Blase sich angesammelt hat und dadurch die Muskulatur der Blasenwand gereizt wird. Dass auch die Leitungsbahn des Willens nicht gestört ist, ergiebt sich daraus, dass wenn dem Pat. ein Geschirr dargereicht und er aufgefordert wird, das Wasser zu lassen, er dies ausführt. Folglich muss die Unreinlichkeit entweder auf Anästhesie der Schleimhäute oder auf Vergesslichkeit resp. Unaufmerksamkeit beruhen. In der That, will Pat. von selbst Stuhlgang ausführen, so knöpft er die Hosen ab, vergisst sie aber herunterzuziehen und setzt sich mit ihnen auf den Nachtstuhl. (Das spricht für Vergesslichkeit.)

Einmal beobachtete ich Pat. im Momente, als er den Urin unter sich laufen liess; er wurde selbst dieses Ereignisses gewahr und bemerkte: „Ich brinzle in die Hosen, kann aber nichts machen". Das spricht für Anästhesie der Schleimhaut. Sein geistiger Zustand ist ganz eigenthümlich, ja, wenn man sich so ausdrücken darf, paradox: ganz apathisch, blöd und anamnestisch für die früheren und jüngsten Ereignisse, erzählt er logisch, in kurzen Sätzen ohne die mindeste Sprachstörung, von seinem letzten Aufenthalt, wie er in der Lotterie ein Pferd gewann, wie er es verkaufte und das Geld in die Sparkasse legte; bestreitet es lebhaft, wenn ihm vorgeworfen wird, er habe das Geld vertrunken. Ja wenn, um Pat. zum Sprechen zu bewegen, ihm vorgehalten wird, er habe getrunken, sich mit Frauenzimmern herumgetrieben, so weist er energisch diese Vorwürfe von sich ab und bemerkt: „Ja, wenn Ihr mich so plagt, so weiss ich gar nicht, woran ich bin!" Das Chicaniren seiner Kameraden beantwortet er mit lustigen Witzen. Im Zustande der Depression kann Pat. mitten am hellen Tage fragen, ob es Nacht sei, giebt an, nicht lesen zu können, wenn letzteres von ihm verlangt wird; wird ihm aber die Uhr vorgezeigt mit der Frage: Schauen, sieh' mal, wie spät es ist? so giebt er ohne Zögern richtig und genau die Zeit an. In diesem Zustande kann Pat. gar nicht gehen und man constatirt den Zustand, den Charcot als „Astasie-abasie paralytique" bezeichnet hat; denn beim Sitzen oder Liegen kann Pat. alle Bewegungen mit den Unterextremitäten ausführen. Die Muskelkraft ist auch mehr weniger gut bewahrt. Wird ihm das Knie gebeugt gehalten und Pat. aufgefordert, dasselbe zu strecken, so leisten seine Muskeln starken Widerstand; probirt aber der Kranke zu gehen, so fällt er wie ein Klotz zu Boden und kann nicht aufstehen. Manchmal kriecht er wie ein kleines Kind, das noch nicht gehen gelernt hat, mit allen Vieren langsam zur nächsten Bank; dort angelangt, kann er sich nicht setzen und kniet so vor der Bank, bis Jemand ihm zu Hilfe kommt; probirt er dann allein aufzustehen, indem er den Winkel zwischen Unter- und Oberschenkel zu einem rechten macht und sich auf die Fusssohlen stützt, so rutschen letztere aus und Pat. fällt wieder zu Boden. Die Fusssohlen sind aber keineswegs anästhetisch und die leichte Berührung derselben nimmt er wahr; ebenso ist der Kitzelreflex bewahrt. Diese Astasie-Abasie, wie die oben besprochene Unreinlichkeit beruhen nicht auf einer organischen Erkrankung des Rückenmarks

denn wir haben keine Contractur, keine Anästhesie, keine Atrophie, sie müssen vielmehr als eine Ausfallerscheinung bezw. als ein Verlernen oder Vergessen der Art und Weise, wie man den neuro-muskulären Apparat in harmonische Bewegung bringt, betrachtet werden. Dieses Symptom ist bis jetzt lediglich bei Hysterie beobachtet worden in Verbindung mit anderen hysterischen Symptomen und auch ohne solche.

6./IX. Bis jetzt ist im Zustande des Pat. insoweit eine Veränderung zu notiren, als im Tage der Depression der Pat. mehr apathisch geworden ist. Diese Apathie gleicht gar nicht der paralytischen Apathie, bei der nicht ein einziger Gedanke als Rest verschwundener Intelligenz zu merken ist und wo das Gesicht den Stempel der geistigen Leere trägt, sondern vielmehr glaubt man einen Mann vor sich zu sehen, der der Anwesenden müde ist und nur wünscht, dass sie fortgingen. In der That, als ich heute zu ihm ins Zimmer trat und ihn zum Sprechen bewegen wollte, lag er im Bett, den Kopf von mir abgewendet und äusserte kein Wort, als ich aber fortgehen wollte, wendete er den Kopf von der Wand ab, um zu sehen, ob ich die Thüre hinter mir geschlossen hätte; dies repetirte sich mehrere Male. Heute zeigte sich bei dem Pat. zum zweiten Mal schon am linken Fusse und Unterschenkel ein Oedem, das einen Tag besteht und am nächsten verschwindet. Pat. ist unrein, und auf die Frage, warum er den Urin und Stuhl unter sich gehen lässt, antwortet er kurz: „Es ist einmal geschehen!"

12./IX. 94. Um dem Kranken die Wohlthat und Ruhe des Liegens zu verschaffen, liess man ihn einige Tage im Bette; als man aber heute ihn aufstehen lassen wollte, zeigte es sich, dass er weder gehen noch stehen, noch sitzen konnte. Es ist also zur Astasie Abasie noch die Unmöglichkeit des Sitzens hinzugekommen und dies ist ebenfalls, wie die erste, eine Ausfallserscheinung und nicht etwa eine Lähmung oder Schwächung der Muskeln Ileo-psoas und Rectus femoris, die beim Geradesitzen das Rückwärtsfallen verhindern, oder des Lendentheils der starken Rückenmuskeln, die das Vorwärtsfallen verhindern. Die oberen Extremitäten sind frei und vollführen alle Bewegungen gut. Die Pupillen reagiren immer gut. Der geistige Zustand bleibt gleich: bald blöd-apathisch und amnestisch, bald lucid und vernünftig; bald beantwortet er alle an ihn gerichteten Fragen mit der stereotypen Phrase „i weiss nümme", bald weiss er zu erzählen, wann und wo er geboren ist, was für ein Handwerk er gelernt hat, wer seine Kostfrau ist; den Vorwurf, ein müssiges Leben geführt zu haben, weist er energisch ab, kennt die Aerzte gut, die Wärter aber nicht. Beim Besuch seiner Kostfrau erkennt er sie sogleich, giebt ihr richtige Antworten und beklagt seinen Zustand. Gestern schrie Pat. im Aufenthaltsgarten sehr laut, ich ging dorthin, um zu sehen, warum er schrie, wobei ich mich so stellte, um von ihm nicht bemerkt zu werden; Pat, der auf dem steinernen Boden der Veranda auf dem Rücken lag, bemerkte mich aber bald, wandte seinen Kopf gegen mich und sagte mir: „Sie sind zu lugen gekommen, thun Sie mich ins Schiessloch, ich bin nichts mehr werth!"

13./IX. Heute kann Pat. wieder allein und ohne Stütze sitzen, erkennt den ihn besuchenden Gemeindepräsidenten und giebt ihm gute Antworten. Das Auffallendste bei diesen Krankheitserscheinungen und was mehr, aber nicht entschieden, für Paralyse als für Hysterie spricht, ist der schnelle und

bunte Wechsel dieser Erscheinungen. Denn alle übrigen Symptome, welche wir bei unserem Kranken constatiren, wie die regelmässige Abwechslung eines Tages von Euphorie, Ruhe mit relativer Lucidität mit einem Tage von Unruhe und Depression, mehr oder weniger guter Gang mit Astasie-Abasie, totale Amnesie mit nicht totalar, halbseitige Anästhesie mit vollständig erhaltener Sensibilität, bald träge oder starre Pupille auf der anästhetischen Seite, bald gute Reaction, Schwäche in den Beinen, ja sogar das Fehlen des Patellarreflexes, dies sind alles Symptome, welche ebenso gut bei Hysterie wie bei Paralyse vorkommen; zwar soll die anhaltende Unreinlichkeit, die, wie wir oben gesehen haben, nicht auf pathologischen Processen im Rückenmark beruht, das Zünglein der Waage mehr auf die Seite der Paralyse neigen, soll aber auch bei Hysterie keine Seltenheit sein, sei es in Folge der Vergesslichkeit resp. Unaufmerksamkeit, sei es in Folge der Anästhesie der Schleimhäute der Blase und des Rectums.

19.|IX. 94. Seit einigen Tagen ist Pat. noch mehr apathisch, fast blöd, schreit den ganzen Tag mit sehr lauter Stimme „oh!", als hätte er Schmerzen; wird er gefragt, ob und wo er Schmerzen habe, so bekommt man die sinnlose Antwort: „Was Schmerzen, Schmerzen?" Einmal zeigte er mir das rechte Bein als den Sitz der Schmerzen, was aber unwahrscheinlich ist, denn man kann mit dem Kranken lange sprechen, ohne dass er während der ganzen Zeit den mindesten Schmerz äussert, ebenso während der ganzen Zeit des Essens. Oder soll er wirklich Schmerzen haben, die er vergisst, sobald seine Aufmerksamkeit von ihnen durch Unterhaltung oder auf irgend eine Weise abgelenkt wird? Wer kann das wissen? Gehen kann er nicht mehr, sondern muss getragen werden, beim Sitzen ist er bald nach vorn, bald nach rückwärts oder nach der Seite hinübergebeugt, isst aber von selbst. Die Pupillen sind bald starr oder träge, bald gut reagirend. Pat. ist unrein und des Nachts unruhig. Die Haut über der Geschwulst ist verdächtig geröthet, es bildet sich ein Decubitus. Die Abwechslung eines Tages von Euphorie und Ruhe mit einem Tag von Depression und Unruhe ist nicht mehr so regelmässig.

25.|IX. Pat. ist bettlägerig, kann weder stehen noch sitzen. Ja noch mehr! Wird von ihm verlangt, er solle die Zunge zeigen, so führt er die letztere im Munde herum, ohne sie hervorstrecken zu können, und es gelingt ihm manchmal nur nach langen Versuchen und mehr durch Zufall als durch den Willen. Hieraus geht hervor, dass dem Patienten die Fähigkeit, den neuromuskulären Apparat durch den Willen in Bewegung zu setzen, verloren gegangen ist. Das linke Bein zeigt sich bei der Untersuchung mehr paralysirt als das rechte. Diese Paralyse muss aber eine Ausfallsparalyse sein, i. e. in die Hirnrinde verlegt werden, denn wir haben keine Symptome von Seiten des Rückenmarks, die hierfür verantwortlich gemacht werden könnten. Da Pat. nie apoplectische oder epileptische Anfälle hatte, welche eine Blutung im Verlaufe der motorischen Bahn wahrscheinlich machten, können wir die letztere auch nicht beschuldigen. Wird, um den Reflex auszulösen, dieses oder jenes Bein gereizt, z. B. mit einer Nadel gestochen, so spürt der Kranke den Schmerz und schreit: „Oh, die Plagen!", wobei er aber nur das rechte Bein zurückzieht, das linke aber bleibt trotz der Schmerzen unbeweglich oder nur der Fuss allein wird ein wenig bewegt. Bei der

faradischen Untersuchung der motorischen Punkte und Nerven zeigt sich dasselbe. Pat. fühlt den electrischen Strom, scheint sogar hyperästhetisch gegen denselben zu sein, schreit laut: „Hang, du wirst geplagt!" Der Reflex ist aber nur im rechten Bein auslösbar, das linke bleibt unbewegt. Die ganze Körpermuskulatur ist schlaff und fühlt sich weich an. Pat. ist unrein und unruhig, schreit den ganzen Tag hindurch: „Oh, die Plagen!" oder „Hang, du wirst geplagt!"

27.|IX. 94. Heute bei der Morgenvisite finden wir Pat. euphorisch, gesprächig und zu Witzen geneigt. Alle Fragen beantwortet er prompt. Auf den Vorwurf, er habe ein schlechtes Leben geführt, antwortet er lachend und scherzend: „Sie schwätzen so dumm!" Wenn man seine Amnesie, die ebenso gut bei Hysterie vorkommt und mehr aus Zerstreutheit oder Unaufmerksamkeit hervorgeht, bei Seite lässt, so gleicht sein geistiger Zustand demjenigen eines gewöhnlichen ungebildeten Arbeiters, aber nicht dem eines Paralytikers, bei welchem, nachdem er eine Zeit lang blöd gewesen ist, wieder ein momentaner Strahl der verschwundenen Intelligenz das blöde thierische Leben erleuchtet. Denn gewöhnlich geht bei Paralytikern oft schon sehr früh nicht nur die Apperception, d h. die Verarbeitung der Sinneseindrücke zu Ideen und die Association der letzteren, sondern auch die Perception, d h. die nackte Wahrnehmung verloren. Von alledem ist aber bei unserem Kranken bis jetzt nichts zu merken.

Als er diesen Nachmittag einen Besuch von seiner Schwester erhielt, die er schon Jahre lang nicht mehr gesehen, erkannte er dieselbe sofort, benahm sich apathisch und wusste ihr nichts anderes zu sagen, als „Du hast einen schönen Hut an!" Verwundert sich sehr, als man ihm sagt, seine Eltern seien gestorben, spricht von Essen und Trinken, lacht und johlt durcheinander. Als er am Abend befragt wurde, wer ihn besucht habe, antwortet er prompt: „Mi Käther!" Die Haut über der Geschwulst heilt zu. Allgemeiner Zustand gut. Pat. hat an Gewicht zugenommen.

6.|X. Heute wird noch einmal die Untersuchung der Muskulatur mit dem faradischen Strom vorgenommen. Es zeigte sich dabei, dass die beiden Extremitäten keine Veränderung aufweisen und auf die gleiche Stromstärke reagiren, ebenso die beiden Oberschenkel; dagegen braucht der linke Unterschenkel einen ziemlich stärkeren Strom, als der rechte, die linken Wadenmuskeln zeigen das characteristische langsame An- und Abschwellen der Entartungsreaction. Die ganze Muskulatur des linken Beines ist schlaffer, weicher als die des rechten. Wird das rechte Bein gereizt, so wird es gebeugt oder gestreckt, das linke Bein reagirt nicht auf den Reiz. Nirgends Analgesie.

Will man vom Kranken die Hand, so giebt er die rechte, verlangt man zu gleicher Zeit die linke, so bekommt man sie nicht. Pat. macht Anstrengungen, sie zu geben, kommt aber nicht dazu und wundert sich, dass er sie nicht geben kann. Der linke Arm ist in einen scharfen Winkel contrahirt; probirt man ihn zu strecken, so schreit Pat. sehr stark; zieht man den Pat. ins Gespräch hinein, indem man ihn über das Pferd und Geld befragt, so kann man mit dem Arm alle Bewegungen ausführen, ohne dass der Kranke den mindesten Schmerz verspürt. Die Störung muss also eine functionelle sein. Heute, 10 Tage nach dem Besuche seiner Schwester,

erinnert er sich noch dieses Ereignisses und weiss, dass sie ihm einen Franken gegeben hat. Folglich ist bei Pat. das Gedächtniss, wenigstens partiell, erhalten, was bei Paralytikern nicht der Fall ist, denen, wie bekannt, das Gedächtniss für die jüngsten Ereignisse verloren geht, obwohl nicht immer und nicht vollständig.

9.|X. Obschon die ganze Muskulatur des Körpers schlaff ist, so bilden sich in beiden Ellbogengelenken, besonders aber im linken, Contracturen, die man passiv ausgleichen kann. Pat. kann nur wenig oder gar nicht seinen Körper bewegen, wechselt sehr selten seine Lage, es hat sich daher an der linken Hand, theils vielleicht in Folge des beständigen Herabhängens derselben, theils vielleicht in Folge trophischer Störung, ein Oedem entwickelt, das 1 cm über das Radio-carpal-Gelenk reicht. Die Nägel sind quergestreift und die Epidermis von der Volarfläche schilfert ab. Die Wunde auf dem Tumor ist mit schönen Granulationen bedeckt. Der geistige Zustand bleibt unverändert.

Diagnose. Wir stellen die Diagnoe auf Paralyse aus folgenden Gründen: Pat. klagte schon sehr früh, noch bevor man an ihm irgend welche geistige Störungen merkte, über Schwäche und Schmerzen in den Beinen, die zwar nicht als lancinirende und blitzartige geschildert sind, die aber als tabetische doch geschildert werden können; wie wir aber gesehen haben, ist die Sensibilität und das thermästhetische Gefühl bewahrt, der Gang war auch kein atactischer, er ähnelte vielmehr demjenigen, den man bei Masturbanten und Wüstlingen, die den Coitus häufig in Statu ausüben, antrifft. Das Fehlen des Patellarreflexes spricht weder pro noch contra Tabes oder Paralyse und kommt bei beiden vor; auch ist bei der Tabes die Intelligenz nicht betheiligt und wenn es vorkommt, so kann man auf eine Complication der Tabes mit Paralyse schliessen.

Von den Erkrankungen der peripheren Nerven kann höchstens noch die multiple alcoholische Neuritis in Betracht kommen. Zwar besteht bei unserem Kranken eine linksseitige Hemiparese, es fehlt aber dagegen die Hyperästhesie der Muskeln und der Haut; auch ist die alcoholische Neuritis mehr bilateralsymmetrisch; auch soll sie nach Gowers bei Weibern weit häufiger sein als bei Männern, die Pupillenstarre bei ihr nie vorkommen, die Sphincteren intact und die Intelligenz unbetheiligt bleiben.

Von den Psychoneurosen fällt dagegen die Hysterie schwer in die Waagschale. Das baldige Vorhandensein oder Fehlen der linksseitigen Anästhesie, die Pupillenstarre oder die träge Reaction derselben zur Zeit des Bestandes der Anästhesie spricht ebenso für Paralyse wie für Hysterie. Das zweimalige Erscheinen eines Oedems am linken Fusse und Unterschenkel und das schnelle Verschwinden desselben ist eine hysterische Erscheinung, das Fehlen des Kniephänomens, die Unreinlichkeit, die Amnesie etc. sind hysterische aber auch paralytische Symptome. Was dagegen für Paralyse mehr als für Hysterie spricht, ist 1. die Multiplicität dieser Symptome, denn es gehört zur Seltenheit, dass man bei der männlichen Paralyse so viel Symptome bei einander trifft; 2. das schnelle Verschwinden der Anästhesie, die einem normalen Hautgefühl Platz machte; 3. überhaupt der bunte und schnelle Wechsel der Symptome, die bei Hysterie hartnäckiger sind; 4. die Abschwächung des Gemüthes und der Intelligenz, die mit einem

kurzdauernden hallucinatorischen Wahnsinn angefangen hat. Die Astasie-Abasie ist zwar bis jetzt nur bei Hysterie beobachtet worden, warum soll sie aber bei Paralyse nicht vorkommen? In beiden Fällen ist das eine psychische Erscheinung — der Kranke verlernt die Art und Weise, wie man den neuro-muskulären Apparat durch den Willen in Bewegung bringt, während aber bei Hysterie die Möglichkeit des Wiedererlernens vorhanden ist, fehlt sie bei Paralyse.

Was den Sitz der Krankheit anbelangt, so hat uns die Analyse der Symptome zum Gehirn geführt. Da Pat. nie über Druck und Schmerzen im Kopfe klagte, nie Anfälle oder Schwindel hatte, nie Störungen im Facialis oder Trigeminus zeigte, um eine Blutung oder einen Tumor im Verlaufe der sensitiv-motorischen Bahn annehmen zu dürfen, da weder Gesichts- noch Gehörsstörungen vorhanden sind, so können wir annehmen, dass im Schläfen- resp. Occipitallappen nichts pathologisches vor sich geht. Da anderseits bei unserem Kranken das Gedächtniss überhaupt und das Vermögen, durch den Willen gewisse Bewegungen zu vollführen, verloren gegangen sind und beim jetzigen Zustand unserer Kenntnisse es noch kaum einem Zweifel unterliegt, dass in der Rinde der Stirnlappen das Gedächtniss wie die psychischen Processe zum Bewusstsein gelangen und die Willensacte ihren Sitz haben, so können wir annehmen, dass bei unserem Kranken der pathologische Process in der Rinde der Stirnlappen sich abspielt.

Die Prognose und Therapie ergeben sich aus der Diagnose.

Da Pat. unterdessen gestorben ist, so folgen hier der weitere Verlauf der Krankheit und die Ergebnisse (macroscopische) der Necroscopie:

Den 25. November wird notirt: Pat. sehr abgemagert, liegt steif auf seinem Lager, kann sich gar nicht bewegen; die beiden Füsse sind bis auf einige cm über die Maleolen stark ödematös angeschwollen. Auf dem Sacrum, dort wo die Geschwulst war, hat sich ein handtellergrosses Decubitusgeschwür mit weit ringsum unterminirten Rändern gebildet, sämmtliche Weichtheile sind bis auf den Knochen verschwunden, auch auf verschiedenen anderen dem Druck ausgesetzten Partien haben sich kleine decubitale Geschwüre gebildet. Im geistigen Zustande keine Veränderung. Pat. hat wenigstens theilweise Einsicht in seinen Zustand; so bemerkte er jüngst: „Hang, du gehst abwärts!"

30|XI. Seit 2—3 Tagen Schluckbeschwerden; heute konnte und wollte Pat. nichts mehr geniessen, die ihm dargereichten Löffel Wein hat er wieder zurückgegeben. Bei der Abendvisite fanden wir Pat. mit benommenem Sensorium, Facies hypoeratica, steifen in Schulter- und Ellenbogengelenken contrahirten Armen, schwachem Puls; Oedem zugenommen, besonders im linken Beine, wo es bis zum Knie reicht.

Den 1. December gestorben.

Sectionsprotocoll 2.|XII. 94. Nicht stark ausgesprochene Todesstarre; Todtenflecken am Rücken; im Kreuz 10 cm langes Geschwür mit grünlich weit unterminirten Rändern; beide Füsse ödematös, ebenso der linke Ober- und Unterschenkel. In beiden Sp. ilei ant. super. und in den Ellenbogen kleine Decubitusgeschwüre. Der rechte Arm kann im Ellenbogengelenk nur bis ca. 45° gestreckt werden. Schädeldach symmetrisch; Kranznaht sichtbar; bei Eröffnung des Schädels fliesst keine Flüssigkeit heraus; keine

Verwachsungen zwischen Dura und Schädeldach. Dura über die Stirnlappen gefaltet, wenig gespannt, hinten stärker, nicht hyperämisch. Im sinus longit. nichts. Auf der Innenfläche der Dura links findet sich eine gut ausgesprochene rothe Verfärbung, von der sich zarte Membranen abstreichen lassen; Pia hinten stark ödematös; Stirn- und Scheitellappen mit reich entwickelten Gefässen (hyperämisch). Beim Zurückschlagen der rechten Durallhälfte findet sich über der ganzen rechten Hemisphäre eine bräunliche speckige Haut, die hinten sich hervorwölbt und einen Zipfel in die Incisura longit. hinsendet; dieselbe ist mit der Dura längs des Sinus longit. schwach verwachsen. Dieselbe erweist sich als ein Sack, der mit Flüssigkeit gefüllt ist und der Hemisphäre aufliegt; leicht abziehbar, mit der Pia nicht verwachsen, Gewicht 110 gr.

Die der Hemisphäre zugekehrte Fläche des Sackes ist mit einer gelbschmutzigen Membran bedeckt und mit leichter Hämorrhagie und Gefässentwickelung. Der Sack ist durchsichtig, Länge des Sackes 16,5 cm, Breite 8,5, Dicke 1,5 cm. In den übrigen Sinus nichts; Gewicht des Gehirns 1230 gr. An der Hirnbasis nichts besonderes. Pia beiderseits über Stirn- und Scheitellappen verdickt, rechts stärker als links, Hirnoberfläche runzelig, namentlich Stirnhirn atrophisch, Sulci klaffen. Im rechten Ventrikel keine Erweichung, wenig Flüssigkeit im Vorderhorn; dasselbe im linken. Basale Ganglien macroscopisch nichts auffallendes; Gewicht des Gehirns ohne Hüllen 1115 gr.

Brust- und Bauchhöhle normale Lageverhältnisse.

Lungen nirgends adhärent; im Pericard fast keine Flüssigkeit, Herz voll geronnenen Blutes in beiden Hälften, auf der Mitralis baumförmige Excrescenzen, keine Hypertrophie der Ventrikel, rechte Lunge im Stadium der blutigen Anschoppung, linke ebenfalls, Bauchorgane nichts besonderes.

Bei der Eröffnung des der rechten Hemisphäre aufgelagerten Sackes fliesst eine bräunliche Flüssigkeit heraus (etwa 30 ccm), in welcher sich bei microscopischer Untersuchung zahlreiche in Zerfall begriffene rothe Blutkörperchen befinden; ebenso findet sich eine Menge lymphoider Zellen. Ferner fanden sich im Sacke einige Speckhautklumpen (coagula), die bei microscopischer Untersuchung aus Fibrin bestehen und zahlreiche weisse und rothe Blutkörperchen umschliessen. Die Wand des Sackes selbst besteht auch aus fibrinösem Gewebe, dessen Balken und Stränge mit zahllosen rothen Blutkörperchen und lymphoiden Zellen infiltrirt sind. Das Zustandekommen dieses Sackes, das man schlechthin als Hämatom der Dura mater bezeichnet, ist so zu erklären, dass, nachdem mehrere Membranen sich gebildet haben, in der Mitte zwischen ihnen eine Hämorrhagie stattgefunden hat, die die oberen Membranen von den unteren abhob, während deren Ränder mit einander verwuchsen.

II. Bibliographie.

XVIII) Die Retina der Wirbelthiere. Untersuchungen mit der Golgi-Cajal-schen Chromsilbermethode und der Ehrlich'schen Methylenblaufärbung.

Nach Arbeiten von **S. Ramon y Cajal.** In Verbindung mit dem Verfasser zusammengestellt, übersetzt und mit Einleitung versehen von Dr. **Richard Greeff,** Privatdocent für Augenheilkunde an der Universität Berlin. Mit 7 Tafeln und 3 Abbildungen im Text.

(Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1894.)

Trotz der grossen Fortschritte, welche durch die epochemachenden Untersuchungen von Ramon y Cajal auch in der Erkenntniss der feineren Structurverhältnisse der Netzhaut gemacht wurden, ist die Kenntniss der vielen neuen Befunde nur langsam in die Kreise der Ophthalmologen vorgedrungen. Diesem Umstand dürfte es auch besonders zuzuschreiben sein, dass Ramon y Cajal in seinen Forschungen über den Bau der Netzhaut mit der Golgi'schen Methode fast ohne Concurrenten blieb. Allerdings kommt dazu noch ein anderes Moment, dass nämlich Ramon y Cajal hier in einer Weise die Methode beherrscht und Resultate erhält, welche bis jetzt noch von keinem anderen Forscher erzielt wurden. Ich selbst habe mich in der letzten Zeit viel mit der Imprägnation der Netzhaut nach der Golgi'schen Methode beschäftigt; allein wenn ich auch allmählich mehr und mehr die Methode beherrschen lerne, so kann ich doch nur den Angaben verschiedener anderer Forscher (Kallius, Greeff etc.) beipflichten, dass die Imprägnation der Netzhaut ausserordentlich selten in einigermassen befriedigender Weise gelingt. Zumal bei der Untersuchung menschlicher Netzhäute sind meine Resultate noch wenig zufriedenstellend; es dürfte dies hauptsächlich auf den Umstand zurückzuführen sein, dass man das zu verarbeitende Material hier nur ganz ausnahmsweise genügend frisch erhält. — Greeff's Zusammenstellung und Uebersetzung der Arbeiten Cajal's wird sicherlich dazu beitragen, die Resultate des genannten Forschers zur Kenntniss fast aller Fachcollegen zu bringen, wird die Forschung mit der Golgi-Cajal'schen Methode auch bei den Ophthalmologen mehr anregen und wird dadurch, auch wenn dieselbe fast nur mehr eine Controlle der Cajal'schen Befunde sein kann, unserer Disciplin nützen. Nach diesen Richtungen besonders ist das Werk von Greeff zu begrüssen und verdienstvoll zu nennen.

Wenn auch selbst bis in die allerneueste Zeit noch Zweifel über die Richtigkeit und den Werth der mit der Osmium-Bichromat-Silber-Methode gewonnenen Resultate auftauchen, so ist demgegenüber zu betonen, dass solche Urtheile meist von Leuten gefällt werden, welche sich mit der Methode nicht oder nicht eingehend genug beschäftigt haben, während viele unserer bedeutendsten Anatomen sich mit der Methode beschäftigen und sich anerkennend über dieselbe äussern. Wer mit der Methode noch nicht vertraut ist, dem kann ich zur Orientirung vor Allem das Werk von Lenhossék „Ueber den feineren Bau des Nervensystems im Lichte neuester Forschungen“ empfehlen, welches vor kurzem in zweiter gänzlich umgearbeiteter Auflage erschienen ist (Fischer's Medicin. Buchandlung H. Kornfeld, Berlin).

Als ein besonders glücklicher Umstaud war es zu bezeichnen, dass

fast gleichzeitig mit der Osmium-Bichromat-Silber-Methode die Ehrlich'sche Methylenblaumethode bekannt wurde. Diese beiden Methoden, in ihrer Anwendung und Technik grundverschieden, stimmen in ihrer Wirkung auf das Gewebe merkwürdig überein. Beide Methoden besitzen die einzige unvergleichliche und bis dahin unbekannte Eigenschaft, dass sie nicht wie die anderen Methoden in gleicher Weise alle auf einem Schnitt befindlichen Zellen färben, sondern dass sie aus dem verwickelten, dichten Gewirr, welches die Nervenzellen mit ihren Ausläufern beispielsweise in der Hirnrinde oder in der Retina bilden, nur ganz vereinzelte Zellen färben und alle umherliegenden Zellen vollständig verschonen und zwar wird die einmal getroffene Zelle bis in die feinsten Ausläufer hinein gefärbt. Nur auf diese Weise ist es möglich, die Morphologie der dicht bei einander liegenden Nervenzellen zu erkennen, die, wenn alle Zellen mit ihren Ausläufern sich mit gleicher Vollständigkeit zeigen würden, in einem ungeheuren Wirrwarr sich verlieren würden. Die Methode bringt uns Bilder von bisher nie gekannter Schönheit und Vollständigkeit, es erscheinen die Zellen auf den Schnitten, welche man sehr dick anlegt, wie schematisch gezeichnet bis in die feinsten Fortsätze hinein.

Was die Technik der Methylenblaumethode anlangt, so verweise ich auf die Schilderungen, welche in genügender Anzahl in der deutschen Literatur (besonders von Ehrlich, Retzius, Dogiel u. A.) vorliegen. Dogiel hat diese Methode zuerst auf die Retina angewandt und verbessert, so dass sie auch auf die frisch herausgenommene Retina angewendet werden kann. —

Es ist das Verdienst Golgi's, nachgewiesen zu haben, dass die Endästchen aller Protoplasmafortsätze von Nervenzellen frei endigen, ohne mit benachbarten Zellen oder unter einander Verbindungen einzugehen. Zur Zeit lässt sich die wichtige Thatsache behaupten, dass nirgends im Nervensystem Anastomosen oder Netzbildungen zwischen den feinen Protoplasmafortsätzen der Nervenzellen vorkommen. Weitere Fortschritte zur Sicherstellung dieser Thatsache verzeichnen die Untersuchungen Cajal's, durch ihn wurde die völlige Unabhängigkeit der centralen Nervenzellen von einander definitiv bewiesen. Die Auffindung dieser Thatsache, welche inzwischen von vielen Gelehrten bestätigt wurde, bedeutet einen grossen Gewinn besonders auch für unser Verständniss von den physiologischen Vorgängen im Centralnervensystem. Ein Nervenreiz wird also von einer Zelle zur andern nicht durch eine directe nervöse Verbindung übergeleitet, sondern dadurch, dass sich die verschiedenen Elemente mit ihren Ausläufern auf einander legen („in Contact treten"). — Da die Retina als ein peripher gelegenes nervöses Centrum zu betrachten ist, so gilt das Gleiche für ihre Zellen.

Diesen einleitenden Bemerkungen Greeff's folgt eine Litteraturübersicht über die Entwicklung unserer Kenntnisse vom Bau der Netzhaut. Die Geschichte der Erforschung der Retina zerfällt in verschiedene Epochen, welche sich an die Auffindung bestimmter Methoden knüpfen..

Es folgen nun die Arbeiten Cajal's über die Netzhaut, denen ein allgemeiner Theil, sowie Bemerkungen zu den Untersuchungsmethoden von Cajal selbst vorausgeschickt waren. Hieran schliesst sich eine genaue Beschreibung der Untersuchungsergebnisse der Retina der Knochenfische

(Teleostei), der Batrachier (Frösche), der Reptilien, der Vögel, der Säugethiere, sowie ein besonderes Kapitel über die Fovea centralis retinæ und die Entwicklung der retinalen Zellen. Als Untersuchungsmethode diente hauptsächlich die Osmium-Bichromat-Silber-Imprägnation, zur Controlle wurde die Methylenblaufärbung angewandt. — Eine genauere Beschreibung der hierbei gewonnenen Resultate dürfte für die Leser dieses Centralblattes von geringerem Interesse sein, wesshalb ich darauf verzichten muss und übergehe zu den allgemeinen Schlüssen:

1. Die nervösen Zellen, die epithelialen Zellen, die Stäbchen und Zapfen der Retina sind bei allen Wirbelthieren vollständig unabhängige Elemente, echte Neurone im Sinne Waldeyer's.
2. Die Fortleitung einer Nervenbewegung von Zelle zu Zelle findet dadurch statt, dass die Fortsätze der einzelnen Zellen sich an einander legen. Ein solcher Contact findet manchmal zwischen den Fortsätzen nur zweier sich gegenüberliegenden Zellen statt; gewöhnlich jedoch treten eine grössere Anzahl von Zellen in Beziehung zu einander, z. B. treten die aufsteigenden Bündel einer bipolaren Zelle meist mit mehreren Zapfen und Stäbchen in Contact.
3. Bei den Knochenfischen und den Säugethieren giebt es 2 Arten von bipolaren Zellen:
   a) bipolare, die für die Stäbchen bestimmt sind und
   b) solche, die für die Zapfen bestimmt.
4. Die Ausdehnung der oberen Büschel der Bipolaren ist sehr verschieden. Daher kommt es, dass einzelne Bipolare den Lichteindruck von einer grossen Anzahl von Sehzellen empfangen und fortleiten, während andere dies nur von einer kleinen Anzahl derselben thun.
5. Nach der Lage und den Verbindungen, welche die inneren und äusseren horizontalen Zellen haben, lässt sich vermuthen, dass sie dazu dienen, bestimmte Gruppen von Stäbchen mit bestimmten anderen Gruppen, die in einer mehr oder weniger bedeutenden Entfernung von diesen liegen, in Beziehung zu bringen. Sie könnten ausserdem noch eine eigene functionelle Thätigkeit besitzen, welche uns noch nicht bekannt ist.
6. Die innere plexiforme Schicht scheint bei allen Wirbelthieren aus vier, fünf oder einer grösseren Anzahl über einander gelagerter Plexus zu bestehen. Die Zahl der Plexus ist immer proportional der Anzahl und der Kleinheit der bipolaren Zellen.
7. Die omakrinen Zellen (Spongioblasten von H. Müller ohne functionell differenzirten Fortsatz) stehen vielleicht in Beziehung zu den Endbäumchen der centrifugalen Opticusfasern.
8. Die Ganglienzellen sind je nach ihrer Form, ihrer Ausdehnung und der Anzahl der Schichten, in die sie Endverzweigungen entsenden, verschieden gestaltet.
9. Ein Lichteindruck wird umso mehr concentrirt, je mehr er in die Netzhaut vordringt.
10. Da bestimmte Ganglienzellen direct die Insertion der Büschel der für die Stäbchen bestimmten Bipolaren empfangen und da ihre Verzweigungen wahrscheinlich auch mit den Büscheln der für die Zapfen

bestimmten Bipolaren in Connex stehen, so lässt sich annehmen, dass die Ganglienzellen die zwei Arten von specifischen Bewegungen weiterleiten: die Farbenempfindung und die einfache Lichtempfindung. Ich halte es für wahrscheinlich, dass Ganglienzellen existiren, welche nur je eine der beiden Lichtbewegungen isolirt weiterleiten.

11. Die in den Stäbchen und Zapfen erzeugte Bewegung wird in derselben Weise in der Retina weitergeführt, wie ein Reiz auf allen anderen sensoriellen Oberflächen fortgeleitet wird, d. h. der Reiz wird von den protoplasmatischen Fortsätzen empfangen und aufgenommen und von den Achsencylindern weitergeleitet (in cellulifuger Richtung) und durch die Endverzweigungen dieser letzteren fixirt. Es ist dies das Gesetz von der dynamischen Polarität der nervösen Zellen.
12. Die Retina aller Vertebralen enthält im wesentlichen gleiche epitheliale Zellen (Müller'sche Stützfasern). Ihre Rolle scheint nicht nur darin zu bestehen, die nervösen Elemente zu stützen, sondern auch die Zellkörper und ihre protoplasmatischen Fortsätze zu isoliren, um eine Ueberleitung der Ströme in horizontaler Richtung im Niveau der Körnerschichten zu verhindern. Die seitlichen Ausbreitungen der epithelialen Zellen fehlen oder werden sehr fein in den Schichten, wo ein nervöser Connex der Zellen unter einander stattfindet (plexiforme Schichten).
13. Im Nervus opticus, vielleicht auch in der Sehnervenfaserschicht der Retina aller Vertebralen finden sich Gliazellen vor. Diese Zellen bilden wahrscheinlich einen schlecht leitenden Apparat für die Nervenströmungen in der Retina, ebenso wie die epithelialen Zellen.
14. Im Ganzen genommen ist die Retina ein Organ, deren Structur eine merkwürdige Uebereinstimmung bei allen Vertebralen aufweist. Es hat nicht den Anschein, als ob der Aufbau der Retina, wenn man in dem Thierreiche der Vertebralen nach oben geht, vollkommener würde.

Die Verdienste Cajal's nicht bloss um die Erforschung der Structur der Netzhaut, sondern des Nervensystems sind so bedeutend und so allgemein anerkannt, dass hier kein Wort weiter zu verlieren ist. Bei denjenigen Collegen, welche sich mit der Golgi'schen Methode noch nicht beschäftigt haben, wird besonders das Studium der beigegebenen Tafeln Staunen und Bewunderung hervorrufen. Bach.

XIX) **Albert Moll:** Der Hypnotismus. 3. vermehrte Auflage. (Berlin, Fischer's med. Buchhandlung. Gr. 8⁰. IV u. 380 S.)

Wenn ein Buch, wie das in der Ueberschrift genannte, nach kaum 5 Jahren in dritter Auflage vorliegt, so hat es seine Existenzberechtigung genugsam erwiesen und bedarf keiner besonderen Hervorhebung seiner Vorzüge. Dem Referenten aber ist es eine besondere Genugthuung, darauf hinzuweisen, dass er die Bedeutung des Buches bereits beim Erscheinen der ersten Auflage in dieser Zeitschrift in vollem Umfange anerkannt hat.

Auch die neue Auflage zeigt alle Vorzüge der alten und giebt ein treues Bild der Vorgänge auf einem sich rasch aufhellenden, aber dem Verständnisse noch immer nicht völlig erschlossenen Gebiete.

Wer sich mit diesen wichtigen Fragen nur einigermassen beschäftigt, der kann unseres Erachtens das Moll'sche Buch nicht entbehren; denn der Verfasser bemüht sich, seinen Gegenstand objectiv und von umfassenden Gesichtspunkten aus zu beleuchten. Aber das Werk wird auch dem, der mit der speciellen Litteratur des Gegenstandes vertraut ist, wegen der Darstellung des Stoffes eine Quelle der Belehrung sein.

Wir empfehlen zur Lectüre namentlich die Kapitel Geschichtliches, Psychologie, Simulation, Forensisches und Medicinisches Das letztgenannte Kapitel, das im Ganzen kritisch gehalten ist, bietet einige beachtenswerthe Krankengeschichten; auch der letzte Abschnitt, der vom thierischen Magnetismus handelt und u. a. die Telepathie erörtert, ist sehr anregend geschrieben.

Ein sehr ausführliches Sach- und Namenregister erleichtert den Gebrauch des Werkes.

O. Rosenbach.

XX) **Bonfigli**: Un caso di demonopatia.

(Reggio-Emilia. 1894.)

Der Fall betrifft eine 29jährige Bäuerin aus stark belasteter, abergläubischer und bigotter Familie. Als ihr Vater wegen einer schweren Melancholie das Haus verlassen muss, warnt er sie, „sich nicht behexen zu lassen". Diese Worte üben unter den angegebenen Verhältnissen eine grosse Wirkung auf sie aus. Durch die Begegnung mit einer Frau, die im Dorfe als Hexe verschrieen ist, entsteht plötzlich in ihr die Vorstellung, wirklich behext zu sein. Sie bittet einen Geistlichen, sie zu exorciren. Während der Ceremonie bricht sie in anhaltendes Schreien aus, das erst nach Verlassen der Kirche aufhört. Diese unwiderstehlichen Anfälle wiederholen sich jedesmal, wenn die Kranke geweihte Gegenstände, Heiligenbilder etc. sieht oder berührt oder auch bei der blossen Vorstellung derselben.

Die Heilung dieser Besessenen fin de siècle geschieht in wenigen Tagen durch gute Pflege und durch Suggestion. Letztere besteht darin, dass man durch Vorzeigen einer angeblich geweihten Medaille einen Anfall auslöst und ihr darauf mit Erfolg klar macht, dass es sich gar nicht um eine geweihte, sondern einfach um eine profane Medaille gehandelt hat.

Vorstehende Daten, besonders auch die sofortige Zugänglichkeit für Vernunftsgründe characterisiren den Fall als Hysterie. Bonfigli ist jedoch anderer Ansicht. Da er nämlich bei der Untersuchung der Patientin keinerlei Symptome von Hysterie findet, so erklärt er das Krankheitsbild als rudimentäre Paranoia (fixe Idee). Minderwerthiges Gehirn, starke psychische Erschütterungen, verschrobene religiöse Vorstellungen legen hier den Grund zu einer Suggestionsparanoia. Von den „Besessenen" der früheren Jahrhunderte gelte das gleiche. Die Hauptmasse derselben habe nicht aus Hysterischen bestanden, sondern aus „Armen im Geiste", die theils insufficiente Gehirne mit auf die Welt gebracht, theils durch physisches Elend und Verdummung jenen hohen Grad von Suggestibilität erreicht hätten, rudimentären, theilweise wohl auch wirklichen Paranoikern. Eigentliche Hysteriker seien erst in zweiter Linie dabei betheiligt gewesen

Jentsch-Berlin.

XXI) **Bourneville**: Recherches cliniques etc., compte rendu du service de Bicêtre. — Zweite Hälfte.

Auf Seite 91—98 ist ein Fall von Imbecillität verzeichnet, der durch Nephritis und Urämie ad exitum kam. Trotzdem der Kranke bei Einsetzung der Behandlung schon 18 Jahre alt war, erzielte die medico-pädagogische Methode gute Erfolge und war vielversprechend.

Sclérose atrophique et meningo-encéphalite (Paralysie générale infantile) Seite 98—108; die Einzelheiten wollen im Original nachgesehen werden; sie geben durch ihre Aehnlichkeit mit progressiver Paralyse dem Verf. die Hoffnung, mit Parallelfällen dies wohlumschriebene Bild bald eingehend behandeln zu können.

30 Fälle von Epilepsie mit Brown-Séquard's liquor testicul. behandelt. Die erreichten Resultate sind kurz diese: Wenn nach 6 Wochen kein Erfolg vorliegt, ist die Weiterbehandlung nutzlos. — Bei 8 Kranken wurde eine Verminderung, bei 20 dagegen Vermehrung der Anfälle beobachtet. Der Stand des Intellects erfuhr keine Besserung. Eine anschliessende Abhandlung über 3 der 30 Fälle, welche letal endeten, betont als in allen 3 Fällen vorhanden bedeutende Dicke und Blutfülle der Schädelkapsel.

Ein Fall von biabdomineller Hemimelie; gelegentliche Beobachtung; der Mann geht auf den distalen Femurenden, die verkümmerten Unterschenkel sind in allen Theilen kenntlich nach innen oben zu angewachsen (2 Abbildungen).

Nachdem Verfasser noch einen Fall von Epilepsie als Symptom eines Hirntumors (aus Nervenmasse bestehend und die Gegend vom Chiasma bis zu den pedunculi cerebr. einnehmend) gegeben hat, schliesst er das Werk mit einer grösseren Arbeit: De quelques formes de l'hydrocephalie. Hier wird eine Scheidung der verschiedenen Abtheilungen der hydrocephalen Idiotie gegeben; 3 Hauptgruppen werden aufgestellt, 1. gewöhnliche, einfache Hydrocephalie, 2. Scapho-Hydrocephalie, 3. symptomatische Hydrocephalie. Die erste Gruppe scheidet Verfasser in die Fälle ohne resp. mit Hirnmissbildungen und belegt diese mit 2 bezw. 3 Krankengeschichten. Die Kopfform ist im allgemeinen eine plagiocephale; die Veränderungen des Hirns in den ersten 8 Fällen geben wichtige gradweise Verschiedenheiten wieder. Zur Hydro-scaphocephalie sind 5 Krankengeschichten gegeben. Die symptomatische Hydrocephalie findet sich zumeist bei Meningoencephalitis, dann bei Hirn- und Kleinhirntumoren. — Bei der klinischen Betrachtung der Hydrocephalie findet Verf. bei Betrachtung des Kopfes, dass bei den gewöhnlichen Hydrocephalen der Längenbreitenindex auf 1,16 herabgesetzt, statt 1,30 normal; demgemäss leidet der transversale Durchmesser. Die Scaphocephalen bieten einen Index von 1,35, die Schädel sind meist plagiocephal. Die Haltung des Kopfes ist namentlich im jugendlichen Alter typisch, die kleinen Kranken können den schweren Kopf nicht gerade halten. Die Extremitäten zeigen oft einen leichten Grad spastischer Paralyse. Davon abhängig ist die Beweglichkeit; das Greifen ist meist unbehindert, der Gang zumeist schleppend, ist durch Erziehung sehr zu bessern. Myopie ist fast in allen Fällen vorhanden. Die auftretenden epileptischen Anfälle sind symptomatisch zu deuten, ebenso wohl die Zorn-

anfälle. Besondere Charactorzüge sind Eitelkeit und Faulheit. Die Behandlung besteht in Verabreichung von Salzbädern, Calomel, ableitenden Mitteln, comprimirender Kappe, hauptsächlich aber in geeigneter Erziehung.

Bernard.

XXII) **William Macewen M. D.**: Pyogenic Infective Disease of the Brain and Spinal Cord. Meningitis Abscess of Brain Infective Sinus Thrombosis. (Glasgow 1893.)

Der Name Macewen hat in der Chirurgie einen guten Klang, speciell auf dem Gebiete der Hirnchirurgie. Wenn ein Mann von seiner Erfahrung es unternimmt, gerade auf diesem Gebiete, auf dem seine Arbeiten wesentlich fördernd, zum Theil bahnbrechend gewirkt haben, einen grösseren Abschnitt zusammenfassend zu bearbeiten, so darf man von vornherein ein bedeutendes Werk erwarten. Und diese Erwartung wird nicht getäuscht. Es ist das vorliegende Buch „Die infectiös-eiterigen Erkrankungen von Hirn und Rückenmark" wohl das Beste, was über diesen Gegenstand bisher geschrieben worden ist. Es beschäftigt sich wesentlich mit der Pathologie und Therapie der Meningitis, des Hirnabscesses und der Sinus-Thrombose, dringt freilich in diesen Gegenstand so tief ein, dass in der That alles, was irgendwie in näherem oder entfernterem Zusammenhang mit diesen Affectionen steht, gebührend gewürdigt und dem Leser weit mehr geboten wird, als der Titel vermuthen lässt.

Eine klare, sehr detaillirte, durch zahlreiche ganz vorzügliche Abbildungen erläuterte Schilderung der normalen Anatomie des Schläfenbeins, von dem aus ja ein ganz wesentlicher Theil der intracraniellen Eiterungen seinen Ausgangspunkt nimmt, der Nerven-, Blut- und Lymphgefässe, der Hirnhautsinus, also der Wege, auf welchen die Infection nach der Tiefe vordringt, der Hirnhäute selbst, der Lagerungsbeziehungen zwischen Schläfenlappen und Kleinhirn zum Schläfenbein leitet das Werk ein. Ihre Unterschiede je nach den verschiedenen Lebensaltern werden gebührend hervorgehoben. Eine sorgfältige Beschreibung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse reiht sich im 2. Kapitel an. Verfasser erörtert die verschiedenen Wege und Arten, auf denen die materia peccans in die Tiefe dringen und zur Eiterung führen kann, wie es in einem Falle zu einem extraduralen, im zweiten zu einem subduralen Abscess, im dritten zu einer diffusen Leptomeningitis, im vierten zu einem Hirnabscess, im fünften zu einer Sinusthrombose kommen kann. Von Eiterungen wurden am häufigsten Streptococcus und Staphylococcus pyogenes angetroffen, allein oder mit anderen Bakterien gemischt; seltener wurden gefunden der Bacillus pyocyaneus, Bacillus pyogenes fœtidus, Staphylococcus salivarius pyogenes, die verschiedensten anderen z. T. noch nicht klassificirten Microorganismen.

Aus dem reichen Inhalte des der Pathologie und Symptomatologie des Hirnabscesses, der Leptomeningitis, der Sinusthrombose gewidmeten 2., 3. und 4. Kapitels kann hier im Referat, zumal dieselben ja z. T. bekannte Dinge bringen, nur einiges hervorgehoben werden. Als wichtigsten Ausgangspunkt für alle intracraniellen Eiterungen hebt Verfasser neben den verschiedenen anderen Eiterungen im Bereich der Kopfhaut und des Schädels den chronischen Mittelohrkatarrh besonders hervor. Eine acute Entzündung des Mittelohres verbreitet sich nur selten in das Schädelinnere. Bei Kindern

erlaubt die noch nicht knöcherne, sondern nur bindegewebige Vereinigung der einzelnen das Schläfenbein zusammensetzenden Knochenmassen dem Eiter einen relativ leichten Ausweg und erklärt die Häufigkeit der subperiostalen Abscesse, doch führt die Entzündung auch bei ihnen oft genug wie beim Erwachsenen zu Caries und Nekrose. Nach Durchbruch des Tegmen tympani entwickelt sich, wie bekannt, oft ein Abscess im Schläfenlappen des Hirns, entweder, bei continuirlichem Fortschreiten der Infection, durch Ulceration, oder häufiger durch Verschleppung der Infectionskeime auf dem Wege der Blut- und Lymphgefässe in die Tiefe. Sie folgt hier gerne einem constant über dem Tegmen tympani mündenden tiefen Sulcus der Rinde des Schläfenlappens. Eine Perforation nach hinten nach der Fossa sigmoidea führt meist erst auf dem Umwege einer Sinusthrombose zur Entstehung eines Abscesses im Kleinhirn durch Uebergreifen der Thrombose auf die vom Cerebellum in den Sinus führenden kleinen Venen, recht häufig aber auch durch directe Ausbreitung des Processes durch die dura mater hindurch auf das Hirn selbst, so dass die Mehrzahl aller Kleinhirnabscesse in directem Contact mit dem Sinus sigmoideus steht. — Dass die eiterige Mittelohrentzündung, obwohl sie beiderseits gleich häufig vorkommt, doch rechts öfter als links zu intracranieller Erkrankung führt, erklärt sich daraus, dass die Fossa sigmoidea rechts tiefer in den Knochen hineinragt wie links.

Sehr anschaulich schildert Verfasser das anatomische Bild der Leptomeningitis. Die Autopsie an der Leiche lässt die Veränderungen, insbesondere die starke Hyperämie und die Durchtränkung der Arachnoidea mit serösem oder serös-eiterigem Exsudat auch nicht entfernt so deutlich erkennen, wie die Inspection dies bei operativen Eingriffen lehrt.

Ein Hirnabscess kann sich abkapseln, wobei die Kapsel eine Dicke von 1—5 mm. und mehr erreicht. Ja, ein nicht unbeträchtlicher Theil kann nach Ansicht des Verfassers resorbirt werden; meist wächst der Abscess jedoch beständig. Unter besonders glücklichen Umständen kann er sich dann durch den cariös zerstörten Knochen nach aussen entleeren, zu einer cerebralen Otorrhoe führen oder durch das Siebbein nach der Nase durchbrechen oder wie in einem Falle des Verfassers durch das Foramen condyloideum posterius unter die Weichtheile des Nackens treten. Meist erfolgt jedoch Durchbruch in den subduralen Raum oder die Ventrikel. Für gewöhnlich handelt es sich nur um einen einzigen Abscess, sofern Verletzungen oder Mittelohreiterung den Anlass geben, während die bei Pyämie sich findenden Hirneiterungen in $^2/_3$ der Fälle multipel sind. Nach den Angaben der Statistik sitzt ein Hirnabscess etwa 4 Mal so oft im Grosshirn als im Kleinhirn. Die Erfahrungen Macewen's sprechen indessen für ein etwas häufigeres Befallenwerden des letzteren.

Ein Abschnitt über Tuberkulose und Carcinom des Mittelohrs, für welch' letztere Erkrankung Verfasser drei eigene Beobachtungen im Auszug mittheilt, beschliesst die Schilderung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse.

In der Symptomatologie des Hirnabscesses unterscheidet Macewen drei Stadien: Das Anfangsstadium beginnt mit heftigen Schmerzen auf der kranken Seite; oft stellt sich Erbrechen ein, gewöhnlich ein einmaliger Frostanfall — wiederholte Fröste sprechen mehr für Sinusthrombose —; die Temperatur

ist erhöht, die Secretion aus dem kranken Ohr lässt bei Otitis media gewöhnlich etwas nach. Zur Kenntniss des Chirurgen kommen die Kranken meist erst im zweiten Stadium. Der Patient ist ruhiger geworden; Percussion über dem Krankheitsherde jedoch sehr empfindlich. Fragen beantwortet Patient zwar correct, aber auffallend langsam, einsilbig; er ist unaufmerksam und unfähig, seine Muskelkraft anzustrengen. Die Temperatur ist ungefähr normal oder selbst ein wenig subnormal, — Differentialdiagnostisch wichtig gegenüber der Leptomeningitis — steigt indess nach operativer Entleerung des Abscesses rasch an, um dann allmählig zur Norm abzufallen. Puls und Respiration sind verlangsamt, bei Abscessen im Kleinhirn meist mehr als bei solchen im Cerebrum. Auch zeigt die Athmung bei Kleinhirnabscessen oft den Character der Cheyne-Stoke'schen Athmung. Meningitis bewirkt hingegen in der Regel eine Beschleunigung der Athmung ausser bei Ausbreitung in der Fossa cerebelli. Convulsionen gehören durchaus nicht, wie dies Lebert meinte, zum Bilde des Hirnabscesses; ihr Auftreten hängt lediglich davon ab, in wie weit die motorische Zone durch den Abscess indirect mit beeinflusst wird. Insofern hat ihr Vorhandensein diagnostische Bedeutung für den Sitz des Leidens. Das Gleiche gilt von den Lähmungen. Neuritis optica ist namentlich in den späteren Stadien des Hirnabscesses häufig, meist auf einem Auge deutlicher wie auf dem anderen. Fehlen einer Neuritis optica schliesst den Abscess jedoch nicht aus. Das dritte Stadium ist das der Ausgänge. Localsymptome sind beim Hirnabscess nur gelegentlich zu finden. Verfasser beschreibt die wichtigsten für die verschiedenen Stellen, an denen Hirnabscesse vorkommen. Diesbezüglich muss auf das Original verwiesen werden.

Von der Sinusthrombose unterscheidet man eine marantische und eine infectiöse Form. Letztere, die den Chirurgen hauptsächlich interessirt, findet sich namentlich bei Erwachsenen, selten bei alten Leuten, und nur ausnahmsweise bei Kindern. Als unterscheidendes Merkmal für die beiden Formen betont Verfasser die folgenden:

Die marantische Thrombose	infectiöse
1. befällt hauptsächlich die unparen Sinus;	1. befällt hauptsächlich die parigen Sinus;
2. der Thrombus tendirt zur Organisation und Resorption;	2. die Gerinnsel tendiren zum eiterigen Zerfall;
3. in ungefähr der Hälfte der Fälle kommt es zu Blutungen in der Hirnrinde;	3. Blutungen in das Hirn oder Kleinhirn treten selten auf;
4. Tendenz zur Hirnerweichung;	4. keine Tendenz zur Hirnerweichung;
5. selten folgt eine eitrige Infection,	5. eiterige Infection, septische Embolie ist gewöhnlich;
6. weder Leptomeningitis noch Hirn- oder Cerebellarabscess begleiten die Affection.	6. oft keincidirt eine eitrige Leptomeningitis, ein Hirn- oder Kleinhirnabscess.

Von Allgemeinsymptomen der infectiösen Sinusthrombose werden angeführt: als eins der häufigsten Kopfschmerz, oft gerade am Ort der Erkrankung, unregelmässig remittirendes Fieber, Frostanfälle, Pulsbeschleunigung, völlige Anorexie, oft Diarrhöen. Ausser diesen für alle Fälle giltigen Symptomen trifft man andere, die je nach dem vorwiegend mit afficirten Organ

wechseln. Macewen unterscheidet einen pulmonalen, abdominalen und meningealen Typus, betont indess ausdrücklich, dass eine scharfe Grenze zwischen ihnen nicht gezogen werden kann. Wegen der Zeichen, die bei Thrombose der einzelnen Sinus gefunden werden, muss auf das Original verwiesen werden.

Die Prognose einer Sinusthrombose ist stets ernst. Doch bietet eine frühzeitige Behandlung durch Entfernung der Infectionsquellen aus dem Sinus und seiner Nachbarschaft Aussicht auf Genesung. Selbst solche Fälle sollten noch operirt werden, die alle Zeichen einer noch in frühem Stadium befindlichen Allgemeininfection bieten, da mehrere Beispiele beweisen, dass ein energischer operativer Eingriff noch Heilung bringen kann.

Da die intracraniellen Eiterungen sämmtlich secundäre Affectionen sind, so ist die erste Aufgabe der Therapie, welcher das 5. Kapitel gewidmet ist, eine sorgfältige Prophylaxe. Verfasser beschreibt genau den Modus der Desinfection einer Wunde der Kopfhaut oder complicirter Fracturen, betont besonders die dringende Nothwendigkeit einer entsprechenden Behandlung einer chronischen Mittelohreiterung. Er warnt davor, in ihr, wie es oft geschieht, eine blosse Unbequemlichkeit zu sehen; sie bildet eine permanente Lebensgefahr. Bezüglich ihrer speciellen Behandlung auf die Lehrbücher verweisend, beschränkt er sich auf die Schilderung der chirurgischen Maassnahmen. Als hauptsächliche Indicationen für die Eröffnung des Antrum mastoideum stellt er hin: 1. wiederholte Entzündung in dem Antrum und den Zellen des Warzenfortsatzes, begleitet von Schwellung über demselben oder Fistelbildung; 2. acute Entzündung mit Eiterretention in den Zellen; 3. das Auftreten von Initialsymptomen einer intracraniellen Erkrankung bei chronischer Otitis media; 4. andauernde, auf andere Weise lange vergeblich behandelte chronische Otorrhöe. Eine sehr eingehende Schilderung der Operationstechnik giebt dem Chirurgen höchst werthvolle Winke bezüglich der Schnittführung, des Vorgehens in der Tiefe, der Vermeidung von Läsionen des Nervus facialis, des Sinus sigmoideus u. s. w. Auf sie kann hier nicht eingegangen werden. Von den Ohrknöchelchen sollen Hammer und Amboss, sowie sie erodirt, in Granulationen eingehüllt sind, entfernt, der Steigbügel indess, wenn möglich erhalten werden. Die Function des Gehörs leidet im ersten Falle auffallend wenig.

Infectiöse Sinusthrombose erfordert zunächst Beseitigung der Quelle der Infection, sodann Bloslegung der Stelle der Thrombose und wenn möglich Entfernung alles infectiösen Gewebes zwischen Ursprung und Sinus. Bei Verdacht auf Zerfall des Thrombus wird der Sinus eröffnet, die Zerfallsproducte ausgeräumt, die Höhle tamponirt. Bei Trombose des Sinus sigmoideus ist zuweilen nach dem Vorschlage von Horsley die Ligatur der Vena jugularis interna erforderlich. Bezüglich der Operationstechnik bei Hirn- und Cerebellarabscess, bei extraduraler Eiterung und Leptomeningitis muss auf das Original verwiesen werden.

Von Bedeutung ist schliesslich das letzte, die Resultate behandelnde Kapitel. Es zeigt, wie ausserordentlich viel der chirurgische Eingriff bei den in Rede stehenden Affectionen zu leisten vermag, sofern er frühzeitig in Ausführung kommt. Nur die wichtigsten Daten seien angeführt. Mace-

wen eröffnete das Antrum mastoideum wegen Mittelohreiterung 54 mal. In 38 Fällen handelte es sich um Ausbreitung der Eiterung auf das Antrum und die Zellen des Warzenfortsatzes. Sie wurden sämmtlich geheilt. Von 16 Fällen, in denen der Process auch auf das Felsenbein und seine Recessus übergriff, genasen 5, die übrigen 11 wurden nur gebessert. Von 12 Fällen infectiös-eiteriger Leptomeningitis wurden 6 operirt und geheilt, und zwar betrafen 5 die Fossa cerebralis, 1 die Fossa cerebelli. Von 6 Patienten mit Cerebrospinalmeningitis wurden 5 operirt, davon einer geheilt. In 27 Fällen von infectiöser Sinusthrombose wurde 20 mal operirt, 16 mal mit glücklichem Ausgang, alle nicht Operirten starben. Von 25 Fällen von Hirnabscessen wurden 19 operativ eröffnet und 18 Heilungen erzielt. Diese Resultate sind so glänzend, dass Verfasser mit Recht sagt, man könnte meinen, dass bei frühzeitiger Operation eines uncomplicirten Hirnabscesses die Heilung als die Regel zu betrachten sei.

Ein nicht geringer Werth des Werkes liegt für den Practiker in dem grossen casuistischen Material, das es in sich birgt. Die Krankengeschichten sind grossentheils in extenso wiedergegeben; sie wollen freilich nicht nur gelesen, sondern studirt sein. Die Darstellung ist klar und überall interessant, wenn auch hier und da einige Weitschweifigkeiten und Wiederholungen nicht vermieden sind. Das Urtheil des Referenten über das vorliegende Buch lautet dahin: Es ist ein vorzügliches Werk, das für den internen Kliniker wie für den Chirurgen auf dem speciellen Gebiete der infectiösen intracraniellen Erkrankungen gleich werthvoll ist und eine Fundgrube des Wissens darstellt. Die Ausstattung, die die Verlagsbuchhandlung von James Maclehose and Sons in Glasgow dem Buche angedeihen liess, ist nach jeder Richtung seinem Inhalt würdig. Reichel-Würzburg.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

a) Anatomie und Physiologie.

111) **Heger** et **Boeck**: De la structure des artères cérébrales.

(Bull. de la soc. de med. ment. de Belgique, 74, fasc. jubil.)

Eine recht lesenswerthe Arbeit über den mechanischen Factor der Blutvertheilung im Gehirn, deren Resumé ich wiederzugeben mich beschränke:

1. In der Gefässvertheilung finden sich specielle characteristische anatomische Verhältnisse, welche den Gefässen eine gewisse Autonome verleihen. Oft, besonders in den Organen mit intermittirender Function, ist die Art der Arterieverzweigung so beschaffen, dass für den ankommenden Blutstrom mehrere Wege vorhanden sind. Der Widerstand, welcher dem Blutstrom dadurch geboten wird, wechselt je nach dem Contractionszustande und der Füllung der Arterien; die Vertheilung des Blutes in den verschiedenen Theilen des Organs hängt hiervon ab.

2. Diese anatomischen Verhältnisse machen sich besonders im Gehirn geltend; die Hirnarterien liefern keine besonderen Aeste für die Hirnrinde, so dass die Circulation der Rinde beständig von der Circulation im Mittelhirn in Abhängigkeit ist.
3. Die Structur und die Vertheilungsart der Hirnarterien ermöglicht eine continuirliche und regelmässige Circulation, so lange der Carotidendruck genügt und der Gefässtonus sich erhält: dies ist der Fall im Zustand des Wachens und der geistigen Thätigkeit; dagegen herrscht im Schlafe Ischæmie in der Hirnrinde als Folge des Nachlassens des Blutdruckes und der Erweiterung der Arterien im ganzen Gefässsystem.
4. Es existiren keine Sphincteren oder dementsprechende histologische Verhältnisse in der Muskulatur der Hirnarterien. Die specielle Art der Circulation im Gehirn und die Einzelheiten ihrer Function sind bedingt vor Allem durch die Vertheilung der Hirngefässe in übereinandergelagerten Bogen, welche unter sich keine Anastomose bilden.

Lehmann.

112) **Nissl** (Frankfurt a. M.): Ueber die Nomenclatur in der Nervenzellenanatomie und ihre nächsten Ziele.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 2 u. 3.)

Das verschiedene Verhalten, welches die Nervenzellen gegenüber den Farbflüssigkeiten zeigen, erlauben einen Schluss auf ihre substanziellen Verschiedenheiten und geben die Möglichkeit, dieselben in bestimmte morphologische Gruppen zu theilen.

Die Zellleibssubstanz selbst muss zunächst in eine ungefärbte und eine gefärbte geschieden werden. Unter den Formelementen der gefärbten Substanz hebt N. als besonders häufig wiederkehrend die „Kernkappen", die „Verzweigungskegel" und die „Spindeln" hervor.

Die centralen Nervenzellen zerfallen in zwei grosse Gruppen. Bei der einen umgiebt der färbbare und in deutlicher Contourirung erkennbare Zellenleib den Kern von allen Seiten (somato-chrome Zellen), bei der andern besteht der Zellenleib vorzugsweise aus nicht tingirbarer Substanz und ist nur in Andeutungen vorhanden, während der Zellkern in klarer Contourirung erscheint (die bisherigen „Körner"). Sind die Zellkerne der letzteren Gruppe grösser als bei den Neurogliazellen, so bezeichnet N. sie als „Kernzellen" oder „kario-chrome" Zellen; entsprechen die Zellkerne der Grösse der Neurogliazellen- oder der Leukocytenkerne, so schlägt N. die Bezeichnung „Körner" oder „cytochrome" Zellen vor.

Die somatochromen Nervenzellen, welche den weitaus grössten Theil aller Nervenzellen bilden, zerlegt N. wieder nach der verschiedenen Anordnung des sichtbar geformten oder färbbaren Theiles des Nervenzellenkörpers in 4 Hauptgruppen:

1. Zellen mit Netzform: arkyo-chrome Nervenzellen (ἄρκυς = Netz).
2. Zellen mit Streifung: stichochrome Nervenzellen (στίχος = Reihe, Linie).
3. Zellen mit streifiger und netzförmiger Structur: arkyo-stichochrome Zellen.
4. Zellen mit Körnchen: gryochrome Zellen (γρῦ = Körnchen).

Bei den verschiedenen Gruppen unterscheidet N. wieder einzelne Typen, so z. B. bei den stichochromen Zellen den Typus der motorischen Nerven-

zellen, den Typus der grossen stichochromen Ammonszellen, den Typus der stichochromen Cortexzellen, den Typus der spinalen Nervenzellen; zu den arkyostichochromen Zellen gehört z. B. der Typus der Purkinje'schen Zellen.

Schliesslich kommt noch bei jedem einzelnen Zellentypus die Art der Färbung, ob dunkel, hell oder mittelhell gefärbt (pyknomorph, apyknomorph oder parapyknomorph) in Betracht. N. bezeichnet es nach seinen Experimenten als möglich, dass die verschiedene Tiefe der Färbung, welcher übrigens auch eine verschiedene Grösse des Zellenleibes entspricht (die pyknomorphen sind die relativ kleinsten, die apyknomorphen die relativ grössten Zellen) von verschiedenen Functionszuständen des Zellenindividuums abhängt.

Was die Chromophilie der Nervenzellen anbetrifft, so hat dieselbe nichts mit einer physiologisch auftretenden regressiven Metamorphose zu thun, sondern ist lediglich auf die Einwirkung der Reagentien zurückzuführen.

Hoppe.

113) **Nissl** (Frankfurt a. M.): Ueber die sogenannten Granula der Nervenzellen.

(Neurol. Centralbl, 1894, Nr. 19, 20, 21 u. 22.)

In ausserordentlich eingehenden und kritischen Erörterungen, welche die feinere Histologie der Nervenzellen beleuchten, weist N. nach, dass die von Rosin beschriebenen sogenannten Granula weiter nichts sind als gewisse Partien des gefärbten Theiles des Zellenkörpers, also morphologisch sehr differente Dinge und dass auch die von Rosin behauptete basophile Eigenschaft dieser „Granula“ seinen Nachprüfungen zu Folge nicht existirt, sondern dass die in den „Granula“ enthaltene Substanz im Sinne Ehrlich's neutrophil ist.

Hoppe.

114) Prof. **v. Bechterew**: Ueber pupillenverengernde Fasern.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 22.)

B. giebt die Resultate zweier von ihm in russischen resp. slavischen Journalen veröffentlichten experimentellen Arbeiten. Danach findet bei Vögeln im Chiasma zugleich mit den Sehfasern eine Kreuzung der Pupillenfasern statt; die letzteren legen dann eine gewisse Strecke mit dem Tract. opticus in der gegenüberliegenden Hirnhemisphäre zurück, trennen sich jedoch von demselben vor dem Eintritt in die Gegend des Zweihügels und wenden sich nach innen, um direct zur Gegend des Oculomotoriuskerns zu gehen.

Auch bei Hunden findet höchst wahrscheinlich eine unvollständige Kreuzung der Pupillenfasern im Chiasma statt; dieselben trennen sich von den Opticusfasern nicht unmittelbar hinter dem Chiasma, sondern im weiteren Verlaufe des Tractus opticus. Unter anderem sind Pupillenfasern in der hinteren Commissur vorhanden.

Die pathologischen Ergebnisse bestätigen, dass die Pupillenfasern getrennt von den Sehfasern an einer gewissen Strecke des centripetalen Abschnitts vom Reflexbogen verlaufen (Fälle von totaler Blindheit bei erhaltener Lichtreaction nach Zerstörung des Vierhügels). Die Fälle von reflectorischer Pupillenstarre mit erhaltener Reaction bei Accomodation (Tabes und progressive Paralyse) und von einseitigem Verlust der directen Lichtreaction dürften durch pathologische Processe zu erklären sein, welche

den centripetalen Abschnitt der Pupillenfasern auf der Strecke, wo dieselben getrennt von den Sehfasern verlaufen, betreffen. Hoppe.

115) **L. Bach**: Ueber künstlich erzeugten Nystagmus bei normalen Individuen und bei Taubstummen. Beitrag zur Physiologie des Ohrlabyrinthes. (Arch. f. Augenheilkunde 30, 1.)

B. hat seine Versuche, den Nystagmus künstlich, durch Drehung des Körpers um seine Verticalachse, zu erzeugen (vergl. dieses Centralbl. 1892, Nov.) fortgesetzt und auch auf Taubstumme ausgedehnt. Bei Gesunden gelang die Hervorrufung des Nystagmus fast immer, bei Taubstummen nur in etwa der Hälfte der Fälle. Wo sie nicht gelang, da zeigte sich bei Gesunden doch wenigstens eine gewisse Unruhe des Blicks, während bei den meisten Taubstummen die Augen eine geradezu frappirende Ruhe bewahrten. Diese Gegensätze im Verhalten des Phänomens bei Gesunden und Taubstummen veranlassen B., die Ursache der Bewegungen jetzt mit Mach und Breuer im Ohrlabyrinth zu suchen. Heddaeus.

b) Specielle Pathologie.

1) Gehirn.

116) **Stembo**: Ein Fall von centraler Hämatomyelie. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1894, Nr. 14)

Nach allgemeiner Besprechung der Hämatomyelie (Litteratur, Differentialdiagnose) beschreibt S. folgenden Fall: Auf einen 48jährigen gesunden Landarbeiter fiel ein schwer beladener Heuwagen. Es trat sofort vollständige Lähmung beider Beine ein. Auch die beiden oberen Extremitäten waren „schwach“ und es bestanden Schmerzen in der Gegend der unteren Hals- und oberen Brustwirbel. Retentio urinæ et alvi. Zwei Monate später fand S.: Von der 10. Rippe an ist am ganzen Unterkörper die Schmerz- und Temperaturempfindung aufgehoben, von der 10. bis 3. Rippe erstreckt sich eine Zone von Herabsetzung dieser Empfindungsqualitäten. Hautreflexe fehlen im Gebiet der Anästhesie. Patellarreflexe links erhöht, rechts normal. Muskulatur der Arme zeigt bedeutende Atrophie, auch die der Beine ist atrophisch. Electrische Erregbarkeit an den Armen nur quantitativ vermindert, an den Beinen wurde partielle Entartungsreaction nachgewiesen. Blase und Mastdarm functionirten schon wieder besser als früher, ebenso das rechte Bein. Nach electrischer Behandlung trat weitere Besserung in der Function der Muskeln ein. Mercklin.

117) **F. Jolly**: Ueber einen Fall von Gliom im dorsalen Abschnitt des Pons und der Medulla oblongata. (Archiv f. Psych., Bd. XXVI, pg. 619.)

Trotz der reichen Hirntumorenlitteratur unserer Tage beansprucht J.'s Fall doch ein entschiedenes Interesse, weil er klinisch und anatomisch sorgfältig bearbeitet ist und eine ebenso physiologisch wichtige als anatomisch complicirte Region betrifft.

Die Symptome, aus denen die Diagnose auf einen Tumor der Brückengegend, ausgehend vom linken Facialis- und Abdu-

cens-Kern gestellt wurde, waren (im Laufe zweier Jahre sich entwickelnd) folgende: Linksseitige Facialisparese, Schwindel, Erbrechen, Schluckstörung, Lähmung der Blickbewegung nach links, Parese und Hypästhesie des linken Trigeminus, Schwäche und Gefühlsstumpfheit der rechten Glieder u. a., im wesentlichen also gekreuzte Facialis-, Abducens- und Trigeminuslähmung.

Die Autopsie zeigte ein Gliom des Bodens der Rautengrube, welches in der Ausdehnung von der hinteren Mündung der Sylvi'schen Wasserleitung bis zum calamus scriptorius, die Kerne des Vagus-glossopharyngeus, Facialis, Abducens u. d des motorischen wie sensorischen Trigeminus links ganz, rechts zum Theil zerstört und die linken Kerne des Hypoglossus und Acusticus, sowie die linke Schleife infiltrirt hatte.

So weit deckt also der Befund die Diagnose; interessant wird der Fall aber erst durch einige Fragen, die sich an den (ausführlich beschriebenen) microscopischen Befund knüpfen:

1. fand sich sowohl Kern als Wurzel des Oculomotorius intact, trotzdem conjugirte Blicklähmung nach links bestanden hatte. Demnach muss, nach J., entweder ein Associationscentrum für conjugirte Augenbewegungen in der Gegend des zerstörten Abducenskernes selbst liegen oder die Willkürbahn zum Oculomotorius läuft in dem (hier theilweise zerstörten) hinteren Längsbündel bis zum abducens herab, um von da erst zu ersterem Kerne aufzusteigen.
2. Trotz theilweiser Zerstörung der linken Schleife hatte nie „centraler Schmerz“ bestanden.
3. Trotz Zerstörung der linken Schleife und der formatio reticularis, deren Zerstörung nach Moeli und Marinesco Ataxie verursachen soll, war diese nicht bemerkt worden.
4. Fiel auf, dass die Geschwulst, die ihre Umgebung weit umher infiltrirt hatte, doch im Innern noch markhaltige Nervenfasern beherbergte.

Trömner-Heidelberg.

---

113) **W. v. Bechterew:** Unaufhaltsames Lachen und Weinen bei Hirnaffectionen.

(Arch. f. Psych., XXVI, pg. 781.)

Im Anschluss an einen Fall von doppelseitiger Hemiplegie, wahrscheinlich in Folge von luetischer Verlegung der oberen Aeste der Art. fossæ Sylvii, mit Anfällen von unmotivirtem Lachen und Weinen; in Rücksicht auf einen früher von B selbst veröffentlichten Fall von vorübergehender linksseitiger Hemiplegie mit Aphasie und endlich auf 4 von Fedorow publicirte Fälle von Hemiplegieen mit Aphasie und verschiedener Betheiligung des Facialis — nach B.'s Annahme auf luetischer Thrombose der Art. fossæ Sylvii beruhend —, die alle mit Lachanfällen verbunden waren, versucht B. eine Deutung dieses auffälligen, mit Hemiplegieen so oft coindicirenden Symptoms zu geben: Das Lachen setze sich zusammen aus Athembewegungen (expiratorischen Stössen), Stimmbandspannungen, vasomotorischen Erscheinungen, Facialisactionen und event. Thränenabsonderung. Da nun für alle diese Componenten — meist im Bereiche der motorischen Region gelegene — Rindencentren entdeckt worden seien (zum Theil von B. selbst; halbwegs sicher freilich erst beim Hunde), so müssten wir, falls das Lachen eine corticale Leistung wäre,

„das Lachen nicht anders als durch eine combinirte Thätigkeit aller aufgezählten Rindencentren erklären". Da aber Beweise für das Zusammenwirken jener Centren beim Lachen fehlen, vielmehr viele Thatsachen auf den Sehhügel als Ausführungsort der Ausdrucksbewegungen hindeuten — auch hier zahlreiche Verweise auf B.'s diesbezügliche Experimente — so müssen wir annehmen, dass das Lachen „durch Vermittelung der Sehhügel zu Stande kommt, wobei zur Uebergabe der Impulse von der Hirnrinde und von der Peripherie (bei reflectorischer Erregung des Lachens) das zum Sehhügel gehörige Fasersystem dienen muss". Natürlich können von der Rinde zum Sehhügel sowohl hemmende als erregende Fasern gehen. Sonach kann also unaufhaltsames Lachen durch Reizung dieser, meist jedoch — und so meint B. bei den besprochenen Fällen — durch Fortfall jener, der hemmenden Fasern entstehen. Die gleiche Grundlage besitze das dem Lachen ganz analoge Weinen.

Zum Schluss wird noch ein Hemiplegiker mit dem erwähnten Lachen vorgeführt. Trömner-Heidelberg.

---

119) **Hermann Gessler** (Stuttgart): Aus der inneren Abtheilung des Ludwigsspitales. I. Grosser Erweichungsherd in der rechten Grosshirnhemisphäre. II. Glio-Sarcom des rechen Schläfenlappens.

(Württemb. medic. Corresp.-Bl. 1895, Sep.-Abd.)

Verf. veröffentlicht hier zwei Fälle, die diagnostisch bemerkenswerth sind und unter einander eine gewisse Aehnlichkeit zeigen. Bei dem einen fand sich ein grosser Erweichungsherd in der rechten Hemisphäre, bei dem anderen eine ausgedehnte Geschwulst im rechten Temporallappen. Beide hatten intra vitam verhältnissmässig geringe Symptome erzeugt, waren aber trotzdem richtig diagnosticirt worden.

I. Der bei seiner am 4. September 1894 erfolgten Aufnahme in das Ludwigsspital 39jährige Patient hatte 1886 einen Schanker mit secundären Erscheinungen. Längere Zeit hindurch Jodkalium, Schmiercur verweigert. Mai 1892: Allgemeiner Kopfdruck und Ermüdungsgefühl. Dauernde Ueberarbeitung im Berufe. Druckempfindlichkeit im rechten Hypochondrium und der linken Temporalgegend. Patellarreflex rechts schwach, links erloschen. Abdominalreflex beiderseits schwach. Ophthalmologische Untersuchung negativ, Urin normal. Juni 1893: Plötzlich Schmerzen in der rechten hinteren Scheitelgegend. August 1894: Allgemeine „neurasthenische" Beschwerden, kein localisirter Kopfschmerz, leichte vorübergehende Parästhesieen im linken Arm. Reflexe wie früher. 3 September 1894: Rückkehr von der „Kühnekur in Leipzig, elendes Allgemeinbefinden, rechtsseitige intensive Kopfschmerzen, leichter Sopor, Parästhesieen im linken Bein, leichte linke Facialisparese. 4. September 1894: Aufnahme in's Spital, Status: Rasende Kopfschmerzen rechts, intensive Schmerzen in beiden Bulbi mit enormer Lichtscheu, Erbrechen, allgemeines Frösteln, pelziges Gefühl der ganzen linken Körperhälfte, Apathie und Aufregungszustände miteinander abwechselnd. Temperatur 35,8—36,6, Puls 50—60, schwach, regelmässig, Pupillenreaction und Bulbusbewegung normal, ebenso Sehschärfe, Geruch, Gehör und Geschmack. Links Facialisparese, Urin normal. Berührungs-

gefühl für schwache Reize auf der ganzen linken Seite herabgesetzt. Arm und Bein frei beweglich, doch besteht links allgemeines Schwächegefühl. Reflexe links verschwunden, rechts herabgesetzt. Wegen grosser Hinfälligkeit kann Patient weder stehen noch gehen.

Die Diagnose wurde mit Rücksicht auf die linksseitige halbseitige Gefühlsstörung auf eine Herderkrankung im hinteren Drittel des hinteren Schenkels der rechten inneren Kapsel gestellt. Behandlung: Jodkalium- und Quecksilbercur kam nicht über die ersten Versuche hinaus, im Ganzen 16 Einreibungen à 5,0. Die Erscheinungen nahmen fortschreitend zu, namentlich stellten sich Apathie und Schlafsucht, zunehmende Gedächtnissschwäche und zeitweise vollständige Trübung des Bewusstseins mit Wahnvorstellungen ein. Am 25. September apoplectiformer Anfall, tiefer Sopor mit stertorösem Athmen, maximal dilatirte Pupillen ohne Lichtreaction, linker Arm gelähmt. Nach 3 Tagen Rückkehr des Bewusstseins, Bestand der linken Armlähmung, Bein frei. Das Gefühl der linken Körperhälfte war wiedergekehrt. Nach einigen Tagen Schluck- und Sprachbeschwerden, Zunge weicht nach links ab, linke Gesichtshälfte schlaffer als zuvor. Am 3. October rasende Schmerzen im ganzen Körper, localisirte Schmerzen im linken Nacken, in Folge deren krampfhafte Rechtsdrehung des Kopfes. 14. October: Ernente Schluck- und Spracherschwerung 15. October: Hypostatische Pneumonie, complete schlaffe Lähmung des linken Gesichtes und des linken Arms, Parese mit spastischen Zuckungen des linken Beins. 17. October: Bewusstlos. 18. October: Decubitus, Diarrhoe, unter Erscheinungen der Herzlähmung tritt der Tod ein.

Ueber die Detailirung der Diagnose entwickelt Ref. folgenden Gedankengang: Es war zweifellos, dass der Erkrankungsherd, trotz der augenscheinlichen Besserung der sensiblen Symptome, ein Weiterschreiten in der Richtung der motorischen Bahnen erfahren hatte. Eigenthümlich war dabei die Localisation der motorischen Symptome auf Arm, Zunge und Gesicht. Eine successive Erweichung mit dem als zweifellos anzunehmenden Ausgangspunkt vom hinteren Drittel des hinteren Schenkels der inneren Kapsel hätte nach der Lage der Pyramidenbahn in der inneren Kapsel zuerst das Bein, dann den Arm und schliesslich das Gesicht ergreifen müssen, während bei einer Läsion der Rinde, in welcher die Centren für die Bewegung die bekannte Anordnung haben, eine derartige Combination der Lähmungserscheinungen, wie sie vorlag, wohl denkbar war. Die Section zeigte, wenigstens nach Auffassung des Ref., dass die letztere Combination zutraf. Es fanden sich am enorm verdickten Schädel ausgedehnte Osteophyten, die stellenweise 4—5 mm dick waren. Gehirnhäute ohne Veränderung, Gefässe wenig injicirt, Gyri abgeflacht, Basis ohne Aenderung. Die ganze rechte Hemisphäre wurde von einem Erweichungsherd eingenommen, der 7 cm im Durchmesser hatte; nach aussen reichte derselbe bis 1.5 cm an die Rindenzone des Parietallappens, hatte die Insel weit nach aussen verdrängt, das Claustrum zerstört. Nach oben reichte die Erweichung bis in den Frontallappen, nach unten bis in das untere Drittel des Temporallappens. Das corpus striat. und der Nucleus caudatus waren vollständig zerstört, der vordere Schenkel der inneren Kapsel auf die Hälfte verschmälert, der hintere theilweise zerstört. Der unveränderte Thalamus war nach innen verdrängt und in

dem Ventrikel eingebuchtet. — Die Erweichung war also von unten her gegen die Rinde vorgedrungen und hatte auf diesem Wege die motorischen Rindensymptome producirt. Das ist des Referenten Auffassung; vielleicht deckt sie sich mit der des Verfassers, was aus dem Original nicht deutlich hervorgeht. Dass der Erweichungsherd syphilitischer Natur war, ist sicher; das wird auch gestützt durch die Osteophytenbildung. Dass er aber „auf der Basis einer syphilitischen Endarteriitis entstanden“ sein soll, dem kann Ref. nicht ohne weiteres beipflichten. Einmal fehlen alle Angaben über Entarteriitis der Gehirngefässe, die sogar am Grunde des Herdes „erweitert“ waren, dann spricht die Grösse desselben doch zunächst für die Entstehung aus einem Gumma.

II. Friedrich H.: 44 Jahre alt, wurde am 24. November 1894 in's Spital aufgenommen. Syphilis lag nicht vor. Im Frühjahr ging Patient fortgesetzt „wie im Rausche“ umher. Dabei heftiger Kopfschmerz, zeitweise Erbrechen. Im Mai vorübergehend vollständige Erblindung auf dem rechten Auge, kurze Zeit darauf äusserst übler Geruch im rechten Nasenloch, der allmählich in absolute Anosmie überging. Alle Symptome nahmen zu, Patient wurde bettlägerig. Status bei der Aufnahme: Mittelgrosser kräftiger Mann. Aschfahle Gesichtsfarbe. Rechte Pupille erweitert, ohne directe Lichtreaction. Sehschärfe und Augenbewegung normal. Gehör beiderseits scharf. Geschmack in Ordnung. Rechts vollständige Anosmie, links normal. Sensibilität und Motilität des Kopfes normal. Rasende, zeitweise exacerbirende Schmerzen im Hinterkopf und der rechten Schläfengegend. Proc. mastoid. rechts und rechte Schläfengegend druckempfindlich. Sprache normal. Sensorium vorübergehend leicht benommen. Fortgesetzter Schwindel und häufiges Erbrechen. Temperatur normal, Puls 60, sehr regelmässig. Motilität der Arme und Beine intact. Reflexe normal. Druck der linken Hand auffallend schwach. Urin normal. Gang schwankend, grosses allgemeines Schwächegefühl. Diagnose: Für die Localisation der an und für sich nicht strittigen Hirnerkrankung konnte nur die Anosmie und die Druckempfindlichkeit der rechten Schläfe verwerthet werden. Da Anosmie Symptom einer gleichseitigen Läsion des Gyrus uncinatus ist, so wurde die Läsion im rechten Temporallappen angenommen. Die oberste Schläfenwindung musste frei sein, da keine Sprachstörung vorlag, ebenso die Hauptmasse des Lappens, da keine Gehörsstörung bestand. Die vorübergehende Amblyopie des rechten Auges konnte, weil mit der subsumirten Läsion gleichseitig, nicht auf eine Betheiligung des Gyrus angularis bezogen werden, sie musste vielmehr entstanden sein durch Druck der Läsion im Gyrus uncinatus — Geschwulst? — auf dem rechten tractus opticus. Ueber die Art der Läsion gab es nur vage Vermuthungen. Caries vom Felsenbein aus musste ausgeschlossen werden. Am nächsten lag die Annahme eines Tumors, der im Laufe des letzten halben Jahres langsam gewachsen war. Er müsste mehr in der Marksubstanz liegen, da andere Rindensymptome als dasjenige des Gyr. unc. fehlten und ein kleiner Tumor in diesem Gyrus wohl schwerlich die vorhandenen schweren Druckerscheinungen verursacht hätte. Therapeutisch wurde Jodkalium versucht, Morphineinspritzung und Eisblase auf den Kopf. Am Tage nach der Aufnahme verschwand das

Erbrechen, verminderten sich die Kopfschmerzen, kehrten aber nach 3 Tagen mit erneuter Heftigkeit wieder. Am Abend desselben Tages trat plötzlich der Tod ein. Es wurde angenommen, dass die Geschwulst in den Seitenventrikel durchgebrochen sei. Section: Schädel und Häute normal, Gehirn sehr blutreich, Windungen abgeflacht. Im rechten Temporallappen zeigte sich eine lappenförmige Geschwulst — eine aus Spindelzellen, Rundzellen und polygonalen Zellen mit spärlichem Bindegewebsgerüst bestehendes Gliosarcom —, die 2 cm von dem äusseren Rande des Schläfenlappens an beginnend bis zum Seitenventrikel reichte, die untere Einfassung des Seitenventrikels bildete ebenfalls eine höckerige Geschwulst, die in den Gyrus uncinatus vorsprang. Ueber dem Tumor zeigte sich eine ausgedehnte Cyste, deren horizontaler Durchmesser 5 cm, deren verticaler 3 cm betrug; die Cyste, die durchaus glatte Wände zeigte, also wohl durch Verdrängung der Gehirnmasse in Folge serösen Ergusses entstanden war, reichte nach oben bis an die Insel, die sie mit der Fossa Sylvii nach oben verdrängt hatte, nach innen bis an den Seitenventrikel, von dem sie durch ein papierdünnes, unten perforirtes Septum getrennt war. Das corpus striatum, bis in dessen nächste Umgebung die Cyste sich ausdehnte, war bedeutend verschmälert, der Thalamus sprang in den Ventrikel vor. Die Aussenflächen der Gyri temporales und des Gyr. angularis erwies sich als normal, der Gyrus uncinatus war erweicht und verschmälert. Am rechten Tractus opticus eine bullöse Erweichung. — Die Aetiologie der Geschwulst blieb völlig dunkel. Ihre Localisation hat die Diagnose bestätigt.

In beiden Fällen wird eine Augenspiegeluntersuchung nach der Spitalaufnahme vermisst. Erlenmeyer.

---

120) **Charles K. Mills** und **J. W. Mc. Connell** (Philadelphia): The naming centre with the report of a case indicating its location in the temporal lobe.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Jan.)

40jährige Frau, die bereits vor 3 Jahren einen Schwindelanfall und unstillbares Erbrechen gezeigt hatte, fiel auf, weil sie gegen ihre sonstigen Gewohnheiten Abweichendes beging. Gleichzeitig begann sie schnell zu altern. Um diese Zeit (December 1893) war sie eines Morgens sehr aufgeregt, that Verkehrtes, machte sich allerlei Gedanken und vermochte nicht zu lesen; am Abend stellten sich Convulsionen (mit Schaum vor dem Mund) und Bewusstlosigkeit ein. Am nächsten Tage war sie sehr vergesslich, zeigte indessen keine deutlichen Sprachstörungen. Während der darauffolgenden 2 Wochen Bettruhe alterte sie recht auffällig schnell und begann über heftige Kopf- und Nackenschmerzen zu klagen. Bald darauf trat die verbale Aphasie deutlich zu Tage. Im April 1894 hatte die Kranke zwei Schwindelanfälle und von dann an zeigte sich die Unmöglichkeit, Namen für Gegenstände zu nennen. Die Untersuchung ergab um diese Zeit folgenden Status: Keine Neuritis optica, aber eine unregelmässige linksseitige laterale homonyme Hemianopsie. Augenbewegungen normal. Keine Anästhesie oder Lähmung am Körper. Die Kranke war zum grossen Theil wortblind, aber nicht buchstabenblind und konnte einzelne Buchstaben langsam benennen. Hingegen vermochte sie Gegenstände weder beim Anblick noch beim Abtasten

mit Namen zu bezeichnen. Sie wusste wohl, was sie waren, konnte aber nicht den Namen finden und bezeichnete z. B. die Scheere „womit ich schneide“. Wenn der Name eines Gegenstandes vor ihr genannt wurde, dann zeigte sie durch Geberden an, dass der Name richtig war, und war auch im Stande, den Namen, wenn er vorgesprochen wurde, zu wiederholen, aber nicht immer vollständig; gelegentlich machte dieses Nachsprechen Schwierigkeiten. Wenn ihr Vorname gefragt wurde, dann sagte sie richtig: Margaretha, aber beim Aussprechen ihres Nachnamens stellten sich Schwierigkeiten ein. Ihre hauptsächlichsten Worte waren ja und nein. Sie erzählte auch spontan, aber nicht freiwillig, wobei sie selten concrete Begriffe anwendete und manchmal die Worte verdrehte. Am 1. August stellte sich Unfähigkeit ein, Bewegungen in Schulter, Ellenbogen, Bein und Schenkel der rechten Seite auszuführen; in den Fingern und der Hand, sowie in den Zehen und dem Fuss war diese Fähigkeit erhalten. Allmählich wurde die Lähmung der rechten Gliedmaassen vollständig; die Haut war auf dieser Seite roth und zeigte erhöhte Temperatur. In den letzten Wochen vor dem Tode (10. Sept. 1894) waren ja und nein die einzigen Worte. Kurz vor dem Tode stellten sich Somnolenz, später Stupor, Unfähigkeit, Urin und Stuhl zu halten, ein.

Bei der Section zeigte sich ein Tumor, der von der Mitte der 3. Temporalwindung (Gyr. med. temp.) seinen Ausgang genommen hatte. Die durch ihn zerstörten Theile betrafen die weisse Substanz der dritten, einen kleinen Theil der zweiten und einen noch kleineren der vierten Schläfenwindung. Die Decke des Hinterhornes zeigte ein leicht congestionirtes und granulirtes Aussehen. Die microscopische Untersuchung ergab ein Gliom.

Die vorstehende Beobachtung bestätigt auf's neue die Behauptung Broadbent's, Kussmaul's und Charcot's, dass die Fähigkeit, Begriffe mit Namen zu belegen, an einem bestimmten Gehirnabschnitt (Temporallappen) localisirt ist.

Buschan.

---

121) **H. Lamy**: Sur un cas d'encéphalite corticale et de poliomyélite antérieure associées.

(Revue neurologique Nr. 11. Juni 1894.)

Bei einem 43jährigen Kunsttischler, welcher bei seiner Aufnahme im Hospital Saint Antoine die Erscheinungen einer Typhlitis darbot, fand sich bei eingehender Untersuchung eine sehr ausgesprochene Atrophie der rechten Unterextremität, an welcher auch der Unterschenkel um 4 cm verkürzt war, während die Volumsverringerung die Muskeln des Unterschenkels wie die des Oberschenkels in gleichem Maasse betraf. Das Bein war in Folge absoluter Ankylose des Kniegelenkes in permanenter Extension, Sensibilitätsstörungen mangelten an dem atrophischen Gliede völlig. Nach der Angabe des Kranken, bei welchem Intelligenz und Gedächtniss sich wenig entwickelt zeigten, war der krankhafte Zustand des Beines zugleich mit häufigen Krampfanfällen in den ersten Lebensjahren aufgetreten. Später stellten sich Krampfanfälle nicht mehr ein.

Bei der Autopsie fand sich ein Carcinom des Dünndarmes in der rechten fossa iliaca. An der Connexität der linken Grosshirnoberfläche zeigten sich mehrere meningoencephalitische Herde: Undurchsichtigkeit, Verdickung und Adhärenz der Pia und Erweichung der darunter liegenden

Gehirnsubstanz. Der grösste dieser Herde von der Ausdehnung eines Frankstückes sass nach vorn im Lobulus parietalis superior an der Uebergangsstelle in den Gyrus centralis posterior. Die übrigen Herde (3 an Zahl), von geringer Ausdehnung, befanden sich an der hinteren Partie der 2. Stirnwindung. Während sich die Pia im übrigen Bereiche der Hemisphäre leicht abziehen liess, bildete sie an den angegebenen Stellen fibröse Platten, die sich nur mit der unterliegenden Gehirnsubstanz entfernen liessen Vom Rückenmarke erwies sich die Cervical-, Dorsal- und obere Lumbalregion macro- und microscopisch normal. Von den Vorderwurzeln waren auf der rechten Seite die 5. Lumbalwurzel und die oberen Sacralwurzeln sehr atrophisch. In der Höhe dieser Wurzeln zeigte auch das rechte Vorderhorn eine sehr ausgesprochene Atrophie. Microscopisch fand sich in der betreffenden Vorderhornregion vollständiger Mangel der Nervenzellen; das Vorderhorn wurde hier durch verdichtetes Gliagewebe gebildet. Im Vorderseitenstrange waren structurelle Veränderungen nicht nachweisbar; doch war die nach aussen von dem atrophischen Vorderhorn gelegene Marksubstanz von geringerer Dicke als auf der gesunden Seite. L. betont die Unabhängigkeit der beiden Läsionen von einander und deren gemeinschaftliche Verursachung durch dieselbe nicht näher bekannte Ursache Es handelt sich beim Kranken um eine Poliomyelitis anterior und eine Encephalitis corticalis, welche Processe beide aus der ersten Kindheit datirten. Die gleichzeitige Entstehung der beiden Affectionen spricht für die von P. Marie angenommene Identität derselben. L. Löwenfeld.

---

122) **P. Londe** und **F. Brouardel:** Note sur un cas de méningo-myélite tuberculeuse.

(Arch de méd. expérim. 1895, Nr. 1.)

27jährige Patientin aus einer mit Geisteskrankheiten stark belasteten und überdies tuberkulösen Familie, die am 23. Mai wegen congenitaler Idiotie resp. der daraus resultirenden Hülflosigkeit und Gemeingefährlichkeit im Spital Aufnahme fand. — Anamnese: Seit 7 Monaten Convulsionen. Mit fortschreitendem Wachsthum machte sich mehr und mehr ein geistiger Defect bemerkbar. Vor 3 Jahren im Anschluss an Keuchhusten starke Abmagerung, Bluthusten, nächtliche Schweisse etc. Diagnose auf Lungentuberkulose gestellt. Seit 2 Jahren Klagen über vorübergehende Schmerzen im rechten Knie.

Bei der Aufnahme (15 Tage vor dem Tode) wurde starker Husten und allgemeine Bronchitis der linken Seite constatirt. 3 Tage später Klagen über Kopf- und Nacken-, sowie Lendenschmerzen. Temperatur 38,2. Nach weiteren 2 Tagen bemerkte man eine beginnende Paraplegie. Am anderen Morgen beginnt der Kranke über pseudo-neuralgische Schmerzen in den Oberschenkeln zu klagen. Die Schmerzen in der Lendengegend und in den Unterextremitäten nehmen seitdem rapide zu und veranlassen die Kranke zu lauten Schreiausbrüchen. 4 Tage vor dem Tode waren die bereits abgeschwächten Reflexe vollständig geschwunden. Sensibilität vollständig erhalten, Hyperästhesie. Am anderen Tage Klagen über Gürtelgefühl, Urinretention. Am letzten Tage endlich stellte sich Oedem des linken Fusses ein.

Bei der Autopsie wurde festgestellt: In der Lunge Anzeichen einer alten Tuberkulose. Diffuse Meningo-Myelitis, die besonders in den unteren zwei Dritteln des Rückenmarkes und hauptsächlich in der Lumbalregion vorhanden war. Die Färbung der Schnitte mit Rücksicht auf Bacterien ergab Tuberkelbacillen in beträchtlicher Menge.

Zum Schluss machen die Verfasser noch auf die Differentialdiagnose zwischen tuberkulöser und syphilitischer Meningo-Myelitis aufmerksam und citiren einige ähnliche Beobachtungen. Buschan.

---

123) **Paul Londe:** Sur deux cas familiaux d'hérédo-ataxie cérébelleuse. (Revue neurologique Nr. 18, 30. Sept. 1894.)

In den beiden berichteten Fällen handelt es sich um Bruder und Schwester, welche beide ungefähr im gleichen Alter von der Krankheit befallen wurden. Da jedoch der Bruder Charles P. gegenwärtig 29 Jahre und dessen Schwester 37 Jahre alt ist, so bieten dieselben thatsächlich zwei verschiedene Perioden derselben Affection dar.

Bei Charles P. ging dem Ausbruch des Leidens lediglich ein häuslicher Verdruss, der ihn sehr angriff, einige Wochen vorher. März 1892 hatte er beim Sprechen Schwierigkeiten, ging wie ein Betrunkener und bemerkte beim Holzspalten, dass seine Axthiebe nicht sicher waren. Gegenwärtig zeigt er einen leichten Grad von Schwanken und gewisse choreiforme Zuckungen ; er muss auf seine Füsse beim Gehen blicken und findet sich in der Dunkelheit mehr behindert. Der Muskelsinn ist jedoch intact; kein Romberg'sches Zeichen. An den oberen Extremitäten besteht Intentionstremor und an den Gesichtsmuskeln machen sich gesteigerte Contractionen während des Sprechens bemerklich, welches schwierig, unregelmässig, absatzweise und explosiv vor sich geht. Die Patellarreflexe sind sehr deutlich gesteigert, besonders auf der rechten Seite. Leichte Scoliose. Beim Seitwärtsblicken einige nicht rhytmische und intermittirende Oscillationen des Augapfels ohne eigentlichen Nystagmus. Sehvermögen und Pupillenreaction normal. Keine Störung im Bereiche des Gefühlssinnes, seitens der Blase und der sexuellen Functionen.

Bei der Schwester Eugenie P. begann die Krankheit in gleicher Weise wie beim Bruder. Dieselbe heirathete mit 17 Jahren und gebar mit 24 Jahren zum ersten Male, mit 29 Jahren zum zweiten Male. Zwischen den beiden Schwangerschaften begann das Leiden und nach der zweiten Niederkunft machte dasselbe besondere Fortschritte.

Gegenwärtig kann die Patientin nicht mehr gehen, auch sich nicht ohne Unterstützung auf beiden Seiten aufrecht erhalten. Sie bekundet eine excessive Incoordination, wirft die Beine nach vorwärts wie eine Tabetische, dabei besteht eine gewisse Steifigkeit der Beine. Das Intentionszittern der Oberextremitäten ist bei ihr viel ausgesprochener als bei ihrem Bruder. Auch intensiver Tremor des Kopfes mit Neigung zur Rotation desselben nach rechts während des Sprechens und der Bewegung. Das Zittern verschwindet bei horizontaler Lage der Kranken. Choreiforme Zuckungen und übertriebene und asymetrische Contractionen der Gesichtsmuskeln. Die Sprache ist von der gleichen Beschaffenheit wie beim Bruder. Steigerung der Patellarreflexe und Scoliose ebenfalls wie bei dem Bruder vorhanden.

Längeres Fixiren eines Gegenstandes unmöglich; in den Augenbewegungen eine gewisse Incoordination, beim Seitwärtsblicken etwas Nystagmus rotatorius. Seit einem Jahre gewisse Schwierigkeiten beim Uriniren; der Harnapparat gehorcht nicht unmittelbar dem Willen. Im Uebrigen dieselben negativen Zeichen wie bei dem Bruder.

Die Familiengeschichte der Kranken weist noch einige interessante Thatsachen auf.

Eine 23jährige Schwester derselben Zoë ist hysterisch und zeigt mitunter, obwohl sie wahrscheinlich nicht von dem gleichen Vater stammt, etwas schwankenden Gang. Bei dem älteren Sohne der kranken Eugenie P., welcher 13 Jahre alt ist, findet sich Tremor der Hände, allerdings wenig ausgesprochen, neben deutlicher Steigerung der Patellarreflexe und etwas Steifigkeit in den Bewegungen im Allgemeinen. Der 8 Jahre alte jüngere Sohn der Eugenie P. liess noch in den letzten Jahren den Urin ins Bett gehen. Vater und Mutter des Charles und der Eugenie P. waren Geschwisterkinder. Die Mutter hatte 2 Frühgeburten mit 7 Monaten vor der Geburt ihrer 3 Kinder.

Nach L.'s Auffassung gehören beide Fälle der von Marie als Hérédoataxie cérébelleuse unterschiedenen Form hereditärer Ataxie an. L. betont zugleich, dass in beiden Fällen wie in einem von ihm und Brissaud früher veröffentlichten Sehstörungen mangelten und Scoliose vorhanden war, welche Umstände diese Beobachtungen der Friedreich'schen Krankheit wieder nähern; er weist ferner auf die Verwandtschaft der beiden Fälle mit multipler Sclerose hin, die insbesonders durch den Intentionstremor bedingt ist. Bei dem Mangel von Sehstörungen erscheinen dem Verfasser lediglich die Steigerung der Patellarreflexe und das späte Auftreten der Krankheit als Momente, welche die Zurechnung der beiden Fälle zur typischen Friedreichschen verhindern. Indess auch diese beiden Umstände sind von keiner schwerwiegenden Bedeutung. „Der Altersunterschied (bei den beiden Affectionen), das verschiedene Verhalten der Reflexe sind nicht constant". Es sind Fälle von Friedreich'scher Krankheit mit später Entwicklung bekannt. Die Reflexe können normal bei der hereditären cerebellaren Ataxie und nur verringert bei der Friedreich'schen Krankheit sein. Es verbleibt demnach, folgert L., nichts oder fast nichts, um die beiden Formen vom klinischen Standpunkte aus zu unterscheiden. Bei beiden handelt es sich insbesonders um eine Krankheit der allgemeinen Aequilibration. „Kann man nicht annehmen, dass das dieser Function dienende cerebello-medullare System bald in seinem cerebellaren Abschnitte, bald in seinem medullaren (spinalen) Abschnitte, bald im Ganzen der Degeneration anheimfällt?" L. glaubt diese Frage auf Grund der vorliegenden anatomischen und physiologischen Erfahrungen bejahen und annehmen zu dürfen, dass bei der Friedreich'schen Krankheit das cerebello-medullare System hauptsächlich oder ausschliesslich in seinem spinalen Abschnitte, bei der cerebellaren hereditären Ataxie in seinem cerebellaren Theile ergriffen ist.

L. Löwenfeld.

---

2. Sinnesorgane.

124) **Richard Greef:** Die Spinnenzellen (Neurogliazellen) im Sehnerv und in der Retina.

(Arch. fürAugenheilk. 29, 3. u. 4. Heft.)

Gr. untersuchte mit Hülfe der „raschen Golgi'schen Methode" (Chromosmiumsilberfärbung). Dabei ergab sich die sehr interessante Thatsache, dass Sehnerv und Netzhaut genau so wie das centrale Nervensystem zusammengesetzt sind, zu dem sie entwicklungsgeschichtlich ja auch gehören. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original und auf die beigegebenen Abbildungen verwiesen werden. An den zierlichen Bildern kann auch der Nichtanatom seine Freude haben. Heddaeus.

---

125) **R. Simon** (Berlin): Ueber die Entstehung der sogenannten Ermüdungseinschränkungen des Gesichtsfeldes.

(Arch. für Ophthalm. 40, 4.)

„Das Vorkommen dieser Ermüdungserscheinungen ist sicher und wird allgemein zugegeben". S. glaubt, „dass die Einschränkung, die bei sofortiger centrifugaler Führung des Objectes eintritt, sowie die Fälle, bei denen die „Ermüdung" nach der ersten Tour aufhört, bei ferneren Touren also keine weitere Einschränkung sich zeigt, auf eine im Verhältniss zu der erregten Empfindung zu geringe psychische Perceptionsfähigkeit zurückzuführen sind; dass die bei fortgesetzten Ermüdungstouren weiter eintretenden Einschränkungen auf einer Ermüdung der Psyche beruhen".

Heddaeus.

126) **Wagenmann:** Schwund markhaltiger Nervenfasern in der Retina in Folge von genuiner Sehnervenatrophie bei Tabes dorsalis.

(Archiv für Ophthalmologie 40, 4.)

Bei einem 57jährigen Patienten im Initialstadium der Tabes hatte der Augenspiegel neben beginnender Sehnervenatrophie als zufälligen Befund markhaltige Nervenfasern in der Netzhaut des linken Auges aussen-unten von der Papille nachgewiesen. Dabei S $^1/_2$, später $^1/_3$, Gf. n., Rothgrünblindheit. 8 Monate später die markhaltigen Nervenfasern geschwunden. S. $^1/_{10}$, Gesichtsfeld nach innen undeutlich, aber nicht stark eingeengt.

Die Axencylinder der Nervenfasern können also trotz Verlustes ihrer Markscheide noch leitungsfähig bleiben. Die Frage, an welcher Stelle des optischen Leitungsapparates — Sehnerv, Chiasma, Tractus — bei der Tabes die graue Degeneration einsetzt, wird durch den vorliegenden Fall ihrer Entscheidung nähergerückt. Derselbe beweist, dass die Nervenfasern der Netzhaut relativ frühzeitig — vor dem Auftreten atrophischer Herde im Sehnervenstamm — erkranken können; ob primär oder nur secundär in Folge Ausbreitung der „zur Atrophie führenden Fasererkrankung" vom Sehnerven auf die Netzhaut, das bleibt vorläufig unentschieden.

Heddaeus.

127) **Kuthe:** Klinische Beiträge zur Lehre von der Keratitis neuroparalytica.

(Centralbl. f. Augenheilk. 1894, Oct.)

Ein 41jähriger Heizer verunglückte dadurch, dass ihm der Kopf zwischen einen rückwärts rollenden Wagen und eine Mauer gerieth und

seitlich zusammengedrückt wurde. Danach Bewusstlosigkeit, Blutungen aus Nase und beiden Ohren; Lähmung des Olfactorius, Abducens, Hypoglossus und des ganzen Trigeminus der rechten Seite. Ophthalmia neuroparalytica des rechten Auges.

Im Anschluss daran wird kurz über einen zweiten Fall von traumatischer Karititis neuroparalytica berichtet, ebenfalls mit Lähmung des Abducens derselben Seite.

Heddaeus.

3. Periphere Nerven und Muskeln.

128) **Guillery:** Ueber latente Augenmuskelstörungen bei der Tabes dorsalis. (Archiv für Augenheilkunde 29, 3. u. 4. Heft.)

Lange bevor über Doppelsehen geklagt wird, können, wie bekannt, latente Störungen im Bereich der äusseren Augenmuskeln vorhanden sein. Als beste Methode empfiehlt G. die von Maddox angegebene: Das Fusionsbestreben der Augen wird dadurch aufgehoben, dass vor ein Auge ein etwa kleinfingerdicker Glasstab gehalten und nun eine Kerzenflamme fixirt wird. So könne Doppelsehen oft noch hervorgerufen werden, wenn die übrigen Methoden — Vorhalten eines rothen Planglases vor ein Auge und dergleichen — im Stiche lassen. Einige kurze Krankengeschichten, Paresen der Mm. recti interni und externi betreffend, illustriren das Gesagte.

Heddaeus.

129) **Chr. Leegaard:** Om Anæstesi ved perifere Nervelidelser. (Ueber Anästhesie bei peripheren Nervenkrankheiten.) (Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1894, 55. Jahrg., S. 529.)

Der Verf. berichtet über 65 Fälle von peripheren Nervenleiden, in welchen er die Sensibilitätsverhältnisse genau untersucht hat. In 5 Fällen ist primäre Nervensutur vorgenommen und möglicherweise hat in einem dieser Fälle eine Vereinigung der Nervenenden stattgefunden; die 4 übrigen sind ohne Resultat geblieben. Secundäre Nervensutur ist zweimal ohne Resultat vorgenommen. Aus den Untersuchungen geht hervor, dass der Ulnaris allein einen ausgedehnten Bezirk innervirt, ausserhalb welchem sich ein Bezirk vorfindet, an dessen Innervirung auch andere Nerven Theil nehmen. Der N. medianus versorgt allein den ihm zugehörigen Bezirk, während die Radialis-Anästhesie immer incomplet erscheint, wesshalb ihr Bezirk wahrscheinlich von mehreren Nerven versorgt wird. Der N. axillaris und der Cutaneus lateralis scheinen ihre Bezirke ausschliesslich selbst zu versorgen. Ebenso verhält es sich mit dem Cruralis, dem Plexus sacralis und der Trigeminus.

Bei den peripheren Nervenleiden überhaupt ist die Parese das constante Symptom, während die Anästhesie in ihrem Auftreten variabel ist. Die Falle, wo die Sensibilität erhalten ist, hat man auf verschiedene Weise zu erklären versucht. In anatomischer Beziehung wird der Nervengeflechte und Anastomosen gedacht. In physiologischer Beziehung sind die Arbeiten von Peyer und Türck, sowie die von Arloing und von Tripier von grosser Bedeutung. Auch die „rückläufige Sensibilität" spielt unzweifelhaft eine gewisse Rolle. In pathologischer Beziehung endlich hat man gesagt, dass die sensiblen Nervenfasern eine grössere Resistenz gegen äussere Gewalt haben sollten als die motorischen und dass jene leichter regeneriren

sollten wie diese. Der Verf. kann dieser Anschauung nicht beistimmen, weil sie in Widerspruch mit der Theorie von der Identität der Nervenfasern steht. In den Fällen leichter Paralysen nimmt der Verf. an, dass der Nervenstrom nicht unterbrochen, sondern nur gehemmt ist. Wenn man also Paralyse ohne Anästhesie vorfindet, kommt es daher, dass die Innervation stark genug ist, um die sensiblen Organe des Gehirns zu treffen, aber viel zu schwach, um eine Contraction der zahlreichen Muskelfasern, welche die Muskeln zusammensetzen, hervorzurufen. Dir Ursache darf also nicht in den kranken Nerven, sondern in den physiologischen Eigenschaften der Terminalorgane gesucht werden.

Im Ganzen tritt die Anästhesie mit grosser Regelmässigkeit in den verschiedenen Nervenaffectionen auf und ist sie desshalb von grosser Bedeutung sowohl in diagnostischer als in prognostischer Beziehung.

Koch (Kopenhagen).

---

130) **D. E. Jacobson:** Kongenit. partiel Gigantofyti-Trommestikfingre. — Toxiske, perifere Neuriter efter Influenzapneumoni. Klinische Vorlesung. (Hospitalstidende 1894, S. 115.)

Ein Mädchen von 25 Jahren lag im Communehospital vom 5./II. 1894 an wegen eines acut entstandenen Lungenleidens, welches als Influenzapneumonie diagnosticirt wurde und Anfangs Mai geheilt war. Mitte März begann sie stechende und prickelnde Empfindungen in den zwei ulnaren Fingern der beiden Hände, sowie in den Füssen und Zehen zu fühlen. Gleichzeitig wurden die Arme und Beine sehr empfindlich gegen Druck und bei Bewegungen und es trat eine zunehmende Schwäche der Muskulatur, namentlich in den Beinen, auf, so dass sie diese zuletzt gar nicht vom Lager zu heben vermochte. Während dieser Krankheit entwickelte sich eine Deformität der Hände, welche auffallend vergrössert erschienen, an der äussersten Phalanx kolbenförmig geschwollen und mit stark gekrümmten Nägeln („Trommelstockfinger") versehen waren. Die Mm. interossei sind hochgradig atrophisch und die ganze Hand ist eigenthümlich weich, knorpelig. Eine ähnliche Deformität zeigen auch die Füsse, indem diese ebenso ungewöhnlich gross erscheinen mit breiten und dicken Zehen; diese Vergrösserung erstreckt sich auch bis an das untere Ende des Arms und der Kniee. Die rechte Seite des Gesichts ist mehr hervorgeschoben als die linke, der Alveolarprocess des Oberkiefers ist ungewöhnlich dick und hervorstehend, die Kinnpartie auffallend kräftig, die Lippen dick und gewulstet. Endlich findet sich eine lumbodorsale Kyphose, welche während der Krankheit entstanden ist. Bei näherer Untersuchung zeigte es sich, dass die Deformitäten des Gesichts, der Hände (mit Ausnahme der „Trommelstockfinger") und der Füsse angeboren waren. In guter Uebereinstimmung hiermit ist es auch, dass die zweite und dritte Zehe beider Füsse durch eine wohl ausgebildete „Schwimmhaut" vereinigt sind. Die Mutter der Kranken zeigt ähnliche Deformitäten und auch andere Mitglieder der Familie leiden an verschiedenen Missbildungen, wie überzählige Zehen.

Der Verf. discutirt die Möglichkeit, dass hier ein Fall von „Osteoarthropathia hypertrophiante pneumique" (Marie) vorliegt, kommt aber zu dem Schlusse, dass dieses kaum der Fall ist und fasst desshalb die

Deformitäten als einen partiellen, congenitalen Riesenwuchs auf. Die Lähmungen beruhen wahrscheinlich auf peripheren Neuritiden, welche in Folge der Influenzainfection entstanden sind.

Bei einer später vorgenommenen Untersuchung der Kranken waren sowohl die Lähmungen wie die „Trommelstockfinger" vollständig geschwunden.

Bei derselben Gelegenheit wurde ein 15jähriger Bäckerlehrling vorgestellt, welcher ganz ähnliche Symptome zeigt, nämlich angeborenen Riesenwuchs der Füsse und periphere Neuritiden mit Paresen der Unterextremitäten, welche während des Verlaufs einer Typhlitis stereoralis und einer nachfolgenden Angina parotidea entstanden waren.

Koch (Kopenhagen).

---

131) **Hanke:** Ein Fall von Ophthalmoplegia externa fere totalis oculi utriusque mit Parese des orbicularis oculi.

(Wien. klin. Wochenschr. 1894, 46.)

Ein Fall von angeborener oder in frühester Kindheit entstandener beiderseitiger Ophthalmoplegia externa, der fast total ist und zu dem später eine Parese des Levator palpebr. sup. beiderseits hinzukam. Complicirt war diese Ophthalmoplegie mit einer Parese des Augenfacialis, die auch durch die electrische Untersuchung bestätigt wurde. Verf erinnert, zur Erklärung dieser seltenen Complication, an die Versuche Mendel's, welcher an 8—10 Tage alten Thieren beide Augenlider einer Seite vernichtete und dann bei völligem Intactsein der Kerne des Facialis und Abducens, sowie der peripheren Stämme, Veränderungen im Oculomotoriuskern der operirten Seite nachweisen konnte.

Lehmann.

---

132) **A. Hoche** (Strassburg): Ueber progressive Ophthalmoplegie.

(Berlin. klin. Wochenschr, 1894. Nr. 35.)

Eine nicht belastete 49jährige Wäscherin litt seit Jahren zuweilen an Kopfschmerzen, zuletzt auch an Schwindel.

Herbst 1891 hatte sie zuerst ein Gefühl von Schläfrigkeit an den Augen, das besonders stark war, wenn sie aus dem Kalten in's Warme trat. Frühjahr 1892 trat Ptosis des linken Augenlides ein; Pat. musste, um nach der Seite zu sehen, den Kopf mehr drehen als sonst. Im Laufe des Sommers links völlige, rechts fast völlige Ptosis, während die Schwerbeweglichkeit der Augen zunahm.

Die Untersuchung ergab neben der Ptosis fast völlige Unbeweglichkeit beider Bulbi, sonst keinerlei Erscheinungen von Seiten der Augen und des Nervensystems.

Die Diagnose wurde auf doppelseitige totale (progressive) Ophthalmoplegia externa und zwar auf nucleare Lähmung gestellt und versuchsweise eine Therapie mit Jodkali (täglich 3,0) neben galvanischen Sitzungen eingeleitet. Seitdem trat allmählig eine Besserung ein, die nach einigen Monaten zur vollständigen Heilung führte.

Nach diesem Verlauf sieht sich H. genöthigt, unter Ausschliessung aller übrigen Möglichkeiten, eine functionelle Schädigung anzunehmen, deren Sitz in der Kernregion zu suchen ist.

Hoppe.

---

4. Neurosen.

133) **T. E. Schumpert** (Shreveport, La.): Locomotor ataxia, with report of a case cured.

(The medic. Record, 19. Mai 1804.)

Der 51jährige Kranke wurde durch eine energische Strychninkur geheilt. Die Frage ist nun, ob er wirklich an Tabes litt; jedenfalls sind gerechte Zweifel daran gerechtfertigt, da sich in der beiläufig sehr unvollkommenen Krankengeschichte unter Anderem folgende Angaben finden: Vor 10 Jahren „Herzkrankheit“, die noch heute besteht und von der spinalen Degeneration abhängt; zu derselben Zeit „Gesichtsverdunkelung“ und Schwindel; später Beginn von Taubheit, Prickeln und Muskelschwäche in den vier Extremitäten, „perniciöse“ Anämie (die auch von der Degeneration abgeleitet wird), „langsamer stolpernder Gang mit leichter Ataxie“, Oedem der Beine, zeitweise unfreiwilliger Kothabgang, durchaus normale Blase, stumpfe (obtuse) Kniereflexe u. s. w.

Voigt (Oeynhausen).

---

134) **H. Jlloway** (New-York): Nervous dyspepsia.

(The medic. Record, 5. Januar 1895.)

Verf. berichtet ausführlich 6 Fälle, nachdem er die Geschichte der Erkrankung, ihre Aetiologie, Symptomatologie, Pathologie u. s. w. besprochen hat. Als wichtigste ursächliche Schädlichkeiten nennt er den psychischen Schock und das Tabakrauchen. Die differentielle Diagnose zwischen ihr und organischen Magenkrankheiten hält er stets für leicht. Die Erkrankung könne höchstens mit der Neurasthenia gastrica verwechselt werden, unterscheidet sich jedoch leicht von ihr dadurch, dass die Kranken sich nach dem Essen am schlechtesten fühlen, trotz fehlenden Hungers zu essen lieben, einen Heisshunger haben, ausser über Stuhlverstopfung nie über Verdauungsbeschwerden klagen, allmählig stark abmagern, fast immer guten Schlaf haben. Bei der Neur. gastr. verhalte sich das alles umgekehrt.

Voigt.

---

135) **Richard C. Newton** (Montclair N. J.): May the shock of a railwad accident ever be beneficial to the recipient? (Kann der Shock eines Eisenbahnunfalls dem Geschädigten unter Umständen von Nutzen sein?)

(The medic Record, 8. December 1894.)

Verf. beantwortet die Frage mit ja, insofern durch den Shock gewisse körperliche Krankheiten, vor Allem nervöse und geistige Störungen gebessert werden können. Wenn auch die von ihm zum Beweise angeführten Fälle grösstentheils nicht einwandfrei sind, so muss ihm doch in Berücksichtigung des Verhältnisses geistiger Vorgänge zu körperlichen Functionen ohne weiteres zugestimmt werden.

Voigt.

---

136) **Morselli**: Sui rapporti fra la neurastenia e le psicosi.

(Gazetta degli ospedali 1894.)

Die Beziehungen zwischen Neurasthenie und Psychosen sind nach Morselli häufig recht tiefliegende. In einer Anzahl von Fällen sei das Wesen beider Leiden sozusagen identisch. Es hänge oft nur von den äusseren Lebensumständen ab, ob eine manifeste Psychose ausbreche oder

einfache Neurasthenie fortbestehe. Zahlreiche Analogien existiren in der Symptomatologie beider Affectionen. Auch spreche dafür eine häufig zu beobachtende deutliche Circularität von Psychose und Neurasthenie. Besonders gelte dies für die Melancholie, sei aber auch für Paranoia und progressive Paralyse zutreffend. Geht man von der Zweitheilung der Neurasthenie in hereditäre und acquirirte aus, so disponire erstere besonders zu Melancholie, in zweiter Linie zu Paranoia, letztere dagegen sei häufig eine Prodromalerscheinung der Paralyse, von dieser jedoch insofern zu unterscheiden, als oft während einer bestimmten Epoche die Symptome der Neurose und Psychose gegen einander abgrenzbar seien. Eine weitere Parallele sei gegeben in den Störungen des Körpermechanismus (Polyurie, Oxalaturie, Phosphaturie, Glycosurie, Albuminurie), sowie in denjenigen der Functionen des Verdauungstrakts (Dyspepsie, gastro-intestinale Atonie, Gastrektasie, Obstipation, Colitis membranacea).

Jentsch-Berlin.

137) **Howell F. Pershing:** A case of acromegaly, with remarks on the pathology of the disease.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1894, Nov.)

42jährige Frau aus nachweislich nicht belasteter Familie, die bis zum 28. Jahre, als ihr erstes Kind geboren wurde, sich einer absoluten Gesundheit erfreut hatte. Bald nach der Niederkunft begann sie über Schmerzen und krampfhafte Empfindungen und Belästigung in den Zehen zu klagen. Bald darauf gesellten sich Kopfschmerzen hinzu, die seitdem anhielten und recht unangenehm wurden. Während sie vordem sehr schlank gewesen war (98 Pfd.), nahm sie jetzt an Umfang, besonders am Unterleibe deutlich zu. — Mit 32 Jahren stellten sich schiessende Schmerzen in den Händen ein und die Fingergelenke wurden dicker, wie überhaupt die Finger an Volumen zunahmen. Auch am Fusse zeigte sich die gleiche Erscheinung. — Gleichfalls um das 32. Jahr herum begann die Kranke ihr Augenlicht auf dem rechten Auge und zwar zunächst auf der temporalen, darauf auf der nasalen Seite zu verlieren. Zur Zeit der Untersuchung liess sich auch auf dem linken Auge eine temporale Hemianopsie nachweisen. Damals schliesslich stellte sich auch ein mit dem Pulse rythmisches Ohrensausen ein.

Mit 35 Jahren begann das Zahnfleisch sich von den Zähnen zu lösen; 3 Jahre später liess sich die Kranke wegen heftiger Schmerzen ihre 17 Zähne ausziehen, ohne jedoch davon Ruhe zu haben. Schon damals fiel deutlich auf, dass der Unterkiefer über den Oberkiefar hinwegragte. In den letzten 5—6 Jahren litt die Kranke an Herzpalpitationen mit Dyspnoe, zeitweilig auch an profusen Schweissen.

Im Mai 1893 bot dieselbe das ausgeprägte Bild einer Acromegalie. Status: Bei 5 Fuss 5 Zoll Körpergrösse 140 Pfund Gewicht. Gesicht lang, massiv. Exophthalmus; Lider dick und geschwollen. Nase sehr lang und am unteren Ende auffällig breit. Lippen dick; Unterkiefer weit über den Oberkiefer hinausragend. Hände nicht gerade sehr verlängert, aber sichtlich dicker und breiter als normal; Wurstfinger. Füsse zwar auch breit und dick, jedoch dies nicht in demselben Maasse, wie die Hände. Nacken etwas nach vorn gebeugt. Schilddrüse erscheint kleiner als normal. Sprache langsam und gedehnt, mit hoher Stimme. Schlüsselbeine an ihrem

sternalen Ende verbreitert. Schulterblätter normal. Sternum lang und breit. Becken im anterio-posterioren Durchmesser zusammengedrückt, im übrigen normal. — Haut und Nägel normal; früher starke Schweisse, jetzt nicht mehr. Kopfhaare reichlich vorhanden und während der Krankheit dichter geworden; hingegen Achsel- und Schamhaare vollständig geschwunden. — Puls zwischen 70 und 96; obwohl klein, doch regelmässig. Normaler Herzbefund Temperatur (2mal gemessen) 97,8° F. Excessiver Durst; Appetit und Verdauung gut, ausgenommen hartnäckige Verstopfung. Leber erscheint kleiner als für gewöhnlich, Milz von normaler Grösse Urin eiweiss- und zuckerfrei — Muskelkraft in den Unterextremitäten abgeschwächt, in den Armen im Allgemeinen gut vorhanden. Kein Lähmung der Gesichts- oder Zungenmuskulatur; Zunge sehr breit. Plantarreflex vorhanden; Knie- und Achillessehnenreflex auf beiden Seiten gesteigert.

Sensibilität in allen Beziehungen erhalten; nur excessive Empfindlichkeit für Kälte. Sonstige Sinne normal; nur das rechte Auge total erblindet und die Aussenseite des linken Gesichtsfeldes fehlt, so dass die Kranke nur noch die Gegenstände im Raum erkennen, nicht mehr lesen kann. Pupillen gleich gross u d bei Lichteinfall ins linke Auge beide reagirend. Keine Lähmung der äusseren Augenmuskulatur — Geisteszustand scheint etwas stumpf zu sein und die Kranke ist zu Zeiten etwas reizbar. Gedächtnissdefect ist nicht vorhanden.

Die Maasse der einzelnen Körpertheile mögen im Original nachgelesen werden; sie sind hier ganz ausführlich wiedergegeben.

Die Behandlung bestand in der Anwendung von Codeïn, Cannabis und Acetanilid, zeitweilig auch in der Injection von Morphium wegen der wüthenden Kopfschmerzen.

Eines Abends verlor die Kranke plötzlich in wenigen Minuten den Rest des Augenlichtes, so dass sie vollends erblindet war. Die ophthalmoscopische Untersuchung vermochte keine Veränderung zu constatiren. Am anderen Morgen aber war die Tags vorher bestandene Sehkraft so ziemlich wieder zurückgekehrt. — Im September stellten sich profuse Schweisse und Urinbeschwerden ein. Nach dem Vorgange von Putnam wurde nunmehr Behandlung mittelst Schilddrüsensaftes eingeleitet, aber leider zu spät. Im October wurden die Schmerzen im Kopf und in den Beinen wiederum schlimmer; zu den Urinbeschwerden trat noch Sphincterenlähmung hinzu und im folgenden Monat erfolgte der Exitus. Autopsie konnte nicht vorgenommen werden.

An die vorstehende Beobachtung knüpft P. einige Betrachtungen über die Pathogenese der Acromegalie. Mit Marie nimmt auch er an, dass dieses Leiden auf einer Erkrankung der Zirbeldrüse beruhe. Der von ihm beobachtete Fall harmonirt gut mit dieser Anschauung. Die Kopfschmerzen, die Opticusatrophie mit darauffolgender Blindheit, die Ohrgeräusche (Druck auf Carotis interna), die Paraplegie (Druck auf Pyramidenstränge), sowie die Blasen- und Darmschwäche — alles dieses sind die lokale Wirkung einer Vergrösserung der Hypophysisregion. Besonders deutlich lässt sich diese Volumenszunahme an den Sehnervenerscheinungen verfolgen. Zunächst veranlasste dieser Druck eine Läsion der inneren Fasern des tractus opticus, woraus eine Blindheit auf der nasalen Hälfte jeder Retina oder ein Ausfall

des Gesichtsfeldes auf der temporalen Seite resultirte; die Zerstörung der äusseren Fasern des rechten tractus hatte weiter einen Verlust des rechten nasalen Gesichtsfeldes zur Folge, und ebensolche des linken tractus war, als die Kranke zur Beobachtung kam, im Entstehen begriffen.

Ein weiterer Beweis für die Zirbeldrüsentheorie sind die pathologisch-anatomischen Befunde. Von 18 Fällen von Acromegalie, die zur Section gekommen sind, wurde in 15 festgestellt, dass die Zirbeldrüse zerstört oder erkrankt war. Wenn auch diese Befunde zugegeben werden müssen, so können sie doch als ursächliches Moment in Abrede gestellt und vielmehr als Folgezustand gedeutet werden. Die Vertreter dieser Auffassung berufen sich auf die Thatsache, dass die Hypophysis auch gelegentlich als normal befunden worden ist und nur diese Fälle zur genuinen Acromegalie zählten. Hiergegen macht P. geltend, dass diese wenigen Fälle (Friedreich-Erb, Fräntzel, Sarbo) keine wirklichen Acromegaliefälle wären, sondern der von Marie als hypertrophische Osteo-Arthropathie pulmonären Ursprunges benannten Krankheitsform angehörten. — Zum Schluss begegnet er dem Einwurf, dass Zerstörung der Zirbeldrüse durch Tumoren keine Acromegalie hervorrufe. Er erinnert zunächst an das Beispiel der Schilddrüsenexstirpation und glaubt dementsprechend, dass Niemand den Nachweis gegeben habe, dass wirklich die ganze Zirbeldrüse in solchen Fällen zerstört und nicht noch ein kleines functionirendes Stückchen erhalten geblieben wäre. Er citirt ferner einige Beobachtungen, in denen Tumoren der Hypophysis sich zusammen mit Acromegalie vorgefunden haben. Dadurch wäre der Beweis erbracht, dass solche Tumoren Acromegalie hervorrufen können. Dass sie es immer thun müssen, ist aber absolut nicht nöthig. Wo die Entwicklung der Acromegalie ausbleibt, da übernimmt möglicher Weise die Schilddrüse die Function der in Zerstörung begriffenen Zirbeldrüse.

Auf Grund dieser Argumentation empfiehlt P. die Behandlung der Acromegalie mittelst Zirbeldrüsensubstanz.

Buschan.

---

c) Therapie.

138) **G. Kothe:** Das Wesen und die Behandlung der Neurasthenie.
(Corr.-Blätter d. allgem. ärztlichen Vereins Thüringen 1894, Nr. 4)

Im Wesentlichen eine oratio pro domo, d. h. für des Verf. Sanatorium in Friedrichsroda. Der erste Theil, das Wesen der Neurasthenie, resümirt Untersuchungen und Annahmen von Flechsig, Golgi, Weigert, His, Mosso u. a. und kommt schliesslich zu dem Ergebniss, „dass die anatomische Grundlage der Neurasthenie nur in molecularen Veränderungen der Nervencentralorgane gesucht werden kann, welche vielleicht mehr die chemische Natur der intermediären Substanz betreffen, die Gruppirung, d. h. die Leitungsverbindung und Gestalt der Nervenzellen aber vollständig unberührt gelassen haben. Von entzündlichen Vorgängen oder von Veränderungen, wie sie Binswanger als characteristisch für die Paralyse beschrieben hat, kann bei der Neurasthenie nicht die Rede sein“. Der Vorzug dieser Erklärung ist der, dass sie auch für Epilepsie, Chorea, Paranoia, Delirium acutum etc. passt.

Der zweite Theil, die Therapie der Neurasthenie, empfiehlt otium non sine litteris, eine gute Ernährung, ein milderes Wasserverfahren, Massage, Gymnastik, Electricität und vor Allem Aufsuchen eines milderen Klimas,

speciell in mittlerer Höhenlage, speciell in Thüringen, speciell in Friedrichsroda, speciell „in nicht zu grossen, sogenannten offenen Kuranstalten“.

E. Trömner.

139) **C. A. Ewald**: Ueber einen durch die Schilddrüsentherapie geheilten Fall von Myxödem nebst Erfahrungen über anderweitige Anwendung von Thyreoideapräparaten. — Nach einem Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft 17./VII. 1894.

(Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 2.)

Bei der 52jährigen Patientin begann im Jahre 1891 die Haut am ganzen Körper sich abzuschaben, dazu traten bald Schwellungen an den verschiedenen Theilen des Körpers, besonders an den Beinen. Die Haut wurde trocken und schilferte ab, die Haare fingen an auszufallen, die Stimme wurde matt und klanglos und psychisch machte sich Mattigkeit, Schlafsucht und Apathie neben Reizbarkeit geltend. Die Schwellungen nahmen immer mehr zu und betrafen vorzugsweise das Gesicht und die Extremitäten, aber auch die äusseren Genitalien, an welchen sich Pruritus und Furunkulose entwickelte

Die Beschwerden steigerten sich bis Mitte 1893 immer mehr, besonders nahm die Interesse- und Theilnahmlosigkeit stetig zu; in den Extremitäten Gefühl grosser Schwere und Schwäche, Unfähigkeit sich irgendwie zu beschäftigen; Nachts Unruhe und leichte Delirien.

Bei der Aufnahme in's Augustahospital im Mai 1893 waren die deutlichen Erscheinungen des Myxödems zu constatiren: Pralle Schwellungen im Gesicht, in der Unterkiefergegend, am Halse, am Schultergürtel, am Leib, an Armen und Beinen; die Haut an allen diesen Theilen auffallend trocken und schilfernd; motorische Kraft stark herabgesetzt. Sensibilität im allgemeinen normal. Geistig Apathie, Ruhelosigkeit, Gedächtnissschwäche.

Die Behandlung begann am 6. Juni 1893 mit Injectionen von Schilddrüsenextract, die erst täglich, bald aber, da unangenehme Erscheinungen (grössere Steifigkeit und Schwellung des Gesichtes, Schmerzhaftigkeit, Pulsbeschleunigung, Erbrechen und Durchfall) auftraten, nur alle 2 Tage ausgeführt und bis zum 21. September fortgesetzt wurden (im ganzen wurden 600 gr Extract verbraucht) Während in den ersten 6 Wochen der Zustand sich nicht wesentlich änderte, machte sich Ende Juli eine merkliche Besserung geltend, die im Allgemeinen auch anhielt Bei ihrer Rückkehr in die Heimath war das Gesicht nicht mehr so gedunsen, die Augen waren nicht mehr vorgequollen, Finger- und Handrücken bedeutend dünner, die Furunkulose an den Genitalien war zurückgegangen; das Gedächtniss war besser, Patientin war theilnehmender und frischer. In ihrer Heimath wurden die Injectionen von ihrem Hausarzt bis zum 7. Februar 1894 fortgesetzt. Da aber die Besserung eher Rück- als Fortschritte machte, wurde dazu übergegangen, ihr täglich 3 Thyroideatabletten (ausgetrockneter und pulverisirter Schafschilddrüse) zu geben. Bereits nach 3 Wochen konnte eine auffallende Besserung constatirt werden, nur trat als Nebenerscheinung ein starker Durst und Zuckergehalt des Urins (4%) ein, während der frühere Pruritus und die Furunkulose an den Labien verschwunden war. In der Folge wurden die Tabletten wiederholt ausgesetzt und wieder verabreicht; mit dem Aussetzen schwand auch die Glycosurie mehr oder weniger voll-

ständig, um mit dem Gebrauch der Tabletten von neuem aufzutreten. Da nach längerem Aussetzen der Tabletten die myxödematösen Erscheinungen wieder deutlich zunahmen, so wurden von Ende April 1894 wieder regelmässig Tabletten mit dem alten Erfolge gegeben. Bei der Verabreichung von 2 Tabletten täglich hielt sich der Zuckergehalt auf 2,3 %. Bis zum 18. Juli waren 270 Tabletten verbraucht worden. Seitdem wurden nur noch zeitweilig Tabletten verabreicht, das Befinden blieb mit kurzer Unterbrechung gut und war Ende December 1894 ein nahezu ungetrübtes. Der Zuckergehalt schwankt zwischen 0,7—1 % und macht absolut keine Symptome.

Als besonders bemerkenswerth hebt E. bei diesem Falle hervor 1. die relative Unwirksamkeit der Injectionen gegenüber den Tabletten, 2. das Resultat der Stoffwechseluntersuchungen, welches ergab, dass die Ausnutzung der dargereichten stickstoffhaltigen Thyroideapräparate eine normale war und dass keine merkliche Aenderung im Eiweissbestand des Körpers eintrat, 3. das Auftreten von Zucker im Urin (Melliturie) während der Behandlung mit den Tabletten. Es ist dies bisher die einzige Beobachtung dieser Art. E. hat in 8 Fällen von Struma, welche mit Tabletten behandelt wurden, den Urin genau auf Zucker untersuchen lassen, aber in keinem Falle Melliturie gefunden.

Von anderen Affectionen, bei denen die Schilddrüsentherapie angewendet worden ist, interessirt uns hier nur der Morbus Basedowii, wo dieselbe ohne jeden Erfolg geblieben ist.

In der Discussion konnte Mendel aus eigener Erfahrung über 3 Heilungen von Myxödem berichten, die im Wesentlichen ähnlich verliefen. Während die Injectionen zuerst anscheinend günstige, später negative Erfolge hatten und bei einer Patientin zu einer ausgedehnten Phlegmone, bei einer anderen zu heftigen Erscheinungen von Herzschwäche führten, trat in allen 3 Fällen mit der Anwendung der Thyroideatabletten ganz prompt schon in den ersten 8 Tagen eine ausgeprägte Besserung ein. Bei einer Patientin, bei welcher Stoffwechseluntersuchungen angestellt wurden, stieg die Ausscheidung von Harnstoff, welche auf der Höhe der Krankheit auf 35 % gesunken war, auf ihren normalen Stand, und der Puls, welcher während der Dauer der Krankheit 50 bis 60 betragen hatte, auf 72 und mehr Schläge. M. glaubt danach, dass der Stoffwechsel bei Myxödem erheblich darniederliegt. Zuckerausscheidung hat M. in keinem der 3 Fälle beobachtet. Eulenburg hat ebenfalls eine rasche und frappante Wirkung von dem Gebrauch der Tabletten in einem Falle von Myxödem gesehen. Jedoch kann hier wie in allen anderen Fällen von einer Heilung nur in relativem Sinne die Rede sein, da wie es scheint, nach jedem Aussetzen der Behandlung sehr bald Rückfälle eintreten. Hoppe.

---

140) **W. Wagner** (Königshütte): Zwei Fälle von Hämatom der Dura mater, geheilt durch temporäre Schädelresection.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 7.)

In beiden Fällen handelt es sich um Brüche der Schädelbasis, welche durch schwere stumpfe Gewalten hervorgerufen waren, mit Fortsetzung auf die Convexität und Zerreissung von Gefässen, welche nach dem durch Ueber-

windung des Shocks erklärbaren freien Intervall zum Hämotom der Dura und zu zunehmenden Hirndruckerscheinungen führte.

Der erste Fall betraf einen 55jährigen Mann, dem ein Stück Holz auf die rechte Schädelhälfte gefallen war. Bei seiner Aufnahme ins Lazareth war er bewusstlos und zeigte einen Puls von 36, welcher sich bis zum nächsten Morgen auf 60 hob, während eine linksseitige Hemiplegie hinzutrat. Die rechte Schädelhälfte war teigig angeschwollen. Die Diagnose lautete: Hämatom der Dura in der rechten mittleren Schädelgrube. — 12 Stunden nach der Verletzung wurde die temporäre Schädelresection direct oberhalb des rechten Ohres vorgenommen. Am vorderen Theil des ausgemeisselten Knochenstückes zeigte sich eine Fractur, die sich nach der Schädelbasis zu fortsetzte; die hervorquellenden grossen Blutgerinnsel wurden entfernt und die beiden noch blutenden Aeste der Art. mening. media umstochen. — Bald nach der Operation hob sich der Puls, das Bewusstsein und die Beweglichkeit der linksseitigen Extremitäten kehrte langsam zurück. — Völlige Heilung.

Der zweite Patient, ein 26jähriger Arbeiter, hatte ein Kohlenstück auf den Kopf bekommen, welches in der Mitte des Hinterkopfs eine 9 cm lange Kopfwunde erzeugt hatte, war dann kurze Zeit bewusstlos geworden, aber bald zu sich gekommen. Nach einiger Zeit jedoch wurde er allmählig somnolent und verfiel nach 2 Stunden in allgemeine Krämpfe, die sich nach kurzer Pause wiederholten. Linke Extremitäten gelähmt, rechte Pupille reactionslos. Blutausfluss aus den Nasenlöchern.

Die temporäre Resection, welche an derselben Stelle wie im vorigen Falle vorgenommen wurde, ergab einen Bruch an der hinteren unteren Seite des Knochenstücks, welcher sich in die Schädelbasis fortsetzte und ein grosses Blutextravasat zwischen Knochen und Dura, nach dessen Entfernung sich eine starke Blutung des vorderen Astes der Meningea zeigte. Da die Blutung auch nach der Umstechung der Arterie nicht völlig stand, wurde durch Ausmeisselung eines weiteren Stückes im hinteren Winkel der Sinus transversus freigelegt, aus dem die Blutung kam. Dieselbe wurde durch Tamponirung gestillt.

Die Krämpfe hörten sofort auf, auch die Lähmung schwand langsam. Dagegen trat Ptosis des linken Augenlides und eine hochgradige Unruhe ein, welche nach 2 Tagen sich legte. Die Ptosis schwand erst nach einiger Zeit.

Hoppe.

---

141) **Grandclément:** Traitement du tic douloureux ou névralgie spasmodique de la face.

(Lyon médical 1895, Nr. 5.)

Verf. empfiehlt als recht brauchbares Mittel bei tic douloureux die Injection einer Lösung von Antipyrin und Cocain in die Muskulatur der erkrankten Gesichtshälfte nach folgender Formel:

Antipyr. 4,0, Cocain. mur. 0,03, Aq. dest. 10,0. Von dieser Mischung spritzt er öfters mehrere cbcm auf einmal ein. Die nächste Folge ist ein enormes Oedem des Gesichtes, das sich aber ziemlich schnell wieder verliert. Unangenehme Erscheinungen hat er niemals boobachtet.

Allerdings hat er bisher nicht definitive Heilungen zu verzeichnen, aber wohl Besserungen, die diesen ziemlich nahe kommen.

Buschan.

---

142) **Th. Kocher:** Die Schilddrüsenfunction im Lichte neuerer Behandlungsmethoden verschiedener Kropfformen.
(Correspbl. f. Schweiz. Aerzte 1895, Nr. 1, S. 3 u. Nr. 2, S. 48.)

143) **O. Lanz:** Zur Schilddrüsentherapie des Kropfes.
(Ibid. Nr. 2, S. 45.)

Auf die Anregung von Bruns hin hat K. eine Reihe gewöhnlicher Kröpfe mittelst Schilddrüsenpräparaten behandelt, jedoch nicht mit sonderlichem Erfolge. Von 7 poliklinischen Fällen blieben 2 absolut unbeeinflusst, die übrigen 5, sowie ebenso viel Fälle aus der Spitalpraxis zeigten eine unverkennbare Wirkung. Die Struma indessen ist bei keinem einzigen geschwunden; im Gegentheil hat dieselbe im Grossen und Ganzen dieselbe Form behalten wie früher. Wenn auch einzelne Knoten kleiner erscheinen, so hat sich die Hauptwirkung an dem die Knoten verbindenden und einbettenden hyperplastischen Kropfgewebe geltend gemacht. Es haben also weniger die einzelnen Colloidknollen, in stärkerem Grade die hyperplastische Schilddrüsensubstanz eine Reduction erfahren. Ueble Nebenwirkungen hat K. niemals beobachtet, was besonders an den Spitalkranken auffällt, die in 5 Wochen 195—220 gr Hammelschilddrüse pro Person erhalten haben. Eine Gewichtsabnahme hat nicht stattgefunden; im Gegentheil zeigten einzelne Kranke eine Gewichtszunahme. — Wo in einzelnen Fällen Beschwerden in ausgesprochener Weise bestanden haben, sind dieselben wesentlich zurückgegangen. Interessant ist es von K. zu erfahren, dass man die Ergebnisse einer Medication in und ausser dem Spital nicht als gleichwerthig ansehen könne, da die Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse andere sind, und dass man daher bei der Beurtheilung der Wirkung von Medicamenten diese Thatsache berücksichtigen muss. „Es ist uns mehrfach vorgekommen, dass wir Patienten, welche behufs Kropfoperation ins Spital eingetreten waren, aber dringender anderer Fälle wegen einige Wochen lang warten mussten ohne jegliche Behandlung, entweder gar nicht oder nur ungern operirten, weil die Struma sich fast vollständig zurückgebildet hatte. Aehnliche Beobachtungen hat man auch anderswo gemacht.“ (Von Werth für die Beurtheilung der operativen Erfolge von Morbus Basedowii. Referent.) Ein derartiges Beispiel, in dem ein ganz gewaltiger Kropf von einem über den seines Kropfes hinausgehenden Umfange binnen 3 Monaten ohne Anwendung eines Mittels zu einer relativ ganz unbedeutenden Geschwulst zurückgegangen ist, führt K. in Abbildung uns vor. Er vermuthet, dass bei solchen spontanen Rückbildungen die Entziehung des Wassers resp. der Genuss von ausschliesslich gekochtem Wasser von Einfluss gewesen ist und glaubt, dass diese Methode der Schilddrüsentherapie gleichkommt.

Im Anschluss an die vorstehenden Beobachtungen zieht K. einen Vergleich zwischen der Wirkung der Schilddrüsenpräparate und der der Jodpräparate auf die Kropfbildung und kommt zu dem Schlusse, dass der innerliche Genuss beider Substanzen ziemlich die gleiche Wirkung auf die Struma hyperplastica hat.

Bei der Erörterung der theoretischen Bedeutung der Schilddrüsentherapie bei Kropf kommt K. auch auf die Basedow'sche Krankheit zu sprechen. Er berührt auch die Thatsache, dass es recht auffällig erscheinen muss, wenn man durch Resection der Thyreoidea, also durch Einschränkung ihrer Secretion und durch Einverleibung von Schilddrüsensaft in den

Organismus, also durch Erhöhung ihrer Secretion die gleichen günstigen Resultate bei diesem Leiden erzielt haben will. Er sucht diesen Widerspruch zu lösen, freilich auf eine unserer Ansicht nach recht gekünstelte, unwahrscheinliche und zum Theil auch unklare Weise. Der Schilddrüse kommt die Function zu, einen in dem Nervensystem oder in irgend einem anderen Organ gebildeten, für die Nerven selbst giftigen Stoff zu neutralisiren. Bei der Basedow'schen Krankheit nun wird eine primäre abnorme Erregung gewisser Theile des Nervensystems oder anderer Organe eine Schilddrüsenhyperplasie schaffen, insofern der giftige Stoff, durch gesteigerte Umsetzung in grösserer Quantität gebildet, die normale Schilddrüsenthätigkeit zur Lieferung eines neutralisirenden Secrets stärker anregt. Wird Schilddrüsensaft aber auf künstliche Weise dem erkrankten Organismus zugeführt, dann wird diese Erregung nunmehr überflüssig und der Kropf bildet sich zurück. Auf solche Weise wäre der Erfolg der Schilddrüsenfütterung bei Morbus Basedowii zu erklären. — Bei continuirlich anhaltender Hypersecretion der Thyreoïdea wird wiederum, gleichsam im Circulus vitiosus, ein bedeutend erregender Einfluss auf das Nervensystem ausgeübt. Unter Umständen kann dann eine Einschränkung der Secretion durch Verkleinerung der Secretionsfläche (Resection) oder Unterdrückung der Blutzufuhr (Ligatur) die Symptome der Basedow'schen Krankheit mildern oder beseitigen.

Eine ähnliche Erklärung giebt K. für die Wirkungsweise der Schilddrüsenfütterung bei gewöhnlichem Kropf. Durch das Trinkwasser wird dem Organismus ein Stoff (entweder rein chronischer Natur oder in Form organischer Bestandtheile), der sich im Körper erst bildet, einverleibt, welcher analog den Umsetzungsproducten, von denen oben die Rede war, die Zellen der Schilddrüse erregt und so durch das von diesen gelieferte Secret neutralisirt wird. Der Kropf bietet mithin, so lange er eine blosse Hyperplasie ist, eine Garantie gegen das Auftreten der Cachexia thyreopriva, das Myxödem und den Cretinismus. Erst durch mangelhafte Abfuhr des Secretes, Anhäufung von Colloid und secundäre Umwandlungen, Erweichung, Verfettung etc erhält der Kropf seine pathologische Bedeutung und diese Folgen sind die einzige Indication, um durch Jod und Schilddrüsensaft die in gewisser Hinsicht nützliche Hyperplasie zu bekämpfen.

Als neues Mittel gegen die Basedow'sche Krankheit empfiehlt K. auf Grund einiger eigener günstiger Erfahrungen das einfach phosphorsaure Natron (pro die 2 - 10 gr in Wasser). Dasselbe rührt von Dr Trachewsky her, der von der Voraussetzung ausging, dass, da die Basedow'sche Krankheit ihren Sitz im verlängerten Marke habe und Natr. phosphor. sich gegen Diabetes bewährt habe, dieses Präparat auch gegen andere Erkrankungen der Medulla oblongata von günstigem Einfluss sein müsse. Auf diese Empfehlung hin habe ich genanntes Mittel in 2 Fällen von Basedow'scher Krankheit in Anwendung gezogen, freilich ohne einen bemerkenswerthen Erfolg.

Lanz weist in seiner Abhandlung darauf hin, dass bereits im Jahre 1893 Dr. Moyan in Sunderland gewöhnliche Kröpfe und einen Fall von Morbus Basedowii (mit jedesmaliger Besserung, aber Recidiv beim Aussetzen) mittelst Schilddrüsenfütterung behandelt habe. Was die Basedow'sche

Krankheit betrifft, so glaubt L., dass dieselbe sowohl aus pathologisch veränderter, als auch aus übermässiger Schilddrüsenfunction resultiren könne, und dass in ersterem Falle durch Zufuhr normalen Schilddrüsensaftes, in letzterem durch operativen Eingriff das Leiden beseitigt werden wird. L. erwähnt kurz einen von ihm operirten Fall. „Die vor einem Jahre ausgeführte Ligatur hat bisher genügt, dem Patienten die grösste Erleichterung zu verschaffen: das Zittern, die Tachycardie und die Schwindelanfälle haben sich bedeutend zurückgebildet, doch ist der Exophthalmus nicht zurückgegangen.“ Buschan.

---

144) **Sanger Brown** (Chicago): Provisional treatment of insanity.
(The Medic. Record, 8. September 1894.)

Verf. tadelt die practischen Aerzte, dass sie jetzt gewohnheitsmässig jeden Geisteskranken sofort nach Ausbruch der Erkrankung einer Irrenanstalt übergeben. Es sei für viele solcher Kranker besser — auf eine längere Anführung triftiger Gründe lässt sich Verf. nicht ein —, zunächst nicht in einer Irrenanstalt, sondern in einem Krankenhause oder in einer fremden Familie behandelt zu werden; zur Erreichung dieses Zieles gehöre aber, dass sich alle Aerzte mehr über Wesen und Behandlung der Geisteskrankheiten unterrichteten, als dies bisher der Fall sei. Voigt.

---

145) **Rossolimo:** Zur Symptomatologie und chirurgischen Behandlung einer eigenthümlichen Grosshirncyste.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 6, H. 1.)

Bei einem 38jährigen Manne hatte sich langsam zuerst eine Veränderung des Characters geltend gemacht, dann geringe Störungen in der rohen Kraft, der Coordination und Blutcirculation der linken Körperhälfte, besonders im Arme. Zuletzt stellten sich noch epileptische Krämpfe ein, die immer mit Zuckungen in der linken Hand begannen, ausserdem bestanden noch geringe Störungen der Sprache (verbale Amnesie, Paraphasie, Paragraphie). Die Localisationsdiagnose wurde auf den rechten vorderen Abschnitt der Grosshirnhemisphäre gestellt und zwar auf den frontalen Theil, nahe dem Gyr. centr. ant. Die Trepanation ergab an dieser Stelle eine Cyste dicht unter der Rinde liegend. Sie wurde incidirt und es trat Heilung ein.

R. zieht, wenn wir von den rein chirurgischen Bemerkungen absehen, folgende Schlüsse aus seinen Beobachtungen:

1. Die in der Marksubstanz des Grosshirns gelegenen Cysten können in Bezug auf ihre Ausdehnung Schwankungen unterworfen sein, deren Höhe von der jeweiligen Menge der angesammelten Flüssigkeit abhängig ist, und diese letztere kann mit Zuständen der intracraniellen Blutcirculation in Zusammenhang stehen; sowohl diese Erscheinungen als auch der Einfluss von Giften kann von Seiten der Cyste zu Functionsstörungen der angrenzenden Theile des Hirns führen.
2. Das Centrum für die Flexion im Handgelenk ist an den Berührungspunkten der 2. und zum Theil auch der 1. Frontalwindung mit der vorderen Centralwindung gelegen.
3. Das Sprachcentrum der Rechtshänder hat nicht immer in der linken Hemisphäre seinen Sitz.

4. Die Läsion der Markmasse des Frontalhirns kann Bestrebungen zu impulsiven Handlungen zur Folge haben.
5. Die vasomotorischen Bahnen sind in der weissen Substanz der Grosshirnhemisphären in der der motorischen, eher nach vorn von denselben gelegen und nehmen ihren Verlauf mit grösster Wahrscheinlichkeit durch den Nucl caudatus.
6. Bei vorhandener Möglichkeit genauer Qualification und Localisation eines Herdes im Grosshirn und bei Zulässigkeit eines operativen Eingriffs durch den Character des Leidens darf mit dem Entschluss zur Operation nicht lange gezögert werden, da dadurch die Krankheit weitere Fortschritte machen und der Erfolg auf diese Weise in Frage gezogen werden kann.
7. Bei operativer Behandlung von Hirnleiden muss man neben positiven, zuweilen sehr wesentlichen Resultaten sich auch auf manche Zurückbleibsel von den vorhandenen Erscheinungen gefasst machen.

Dauber.

---

146) **L. Stembo:** Zur Behandlung der Epilepsie nach Flechsig.
(St. Petersb. med. Wochenschr. 1894, Nr. 15.)

St. hat 9 Fälle nach der bekannten Methode behandelt, wobei er nur in Bezug auf die Dosirung eine unwesentliche Modification eintreten liess. Er gab einen Monat hindurch Opium 0,02 bis 0,06 mehrmals täglich und stieg auf 0,24 bis 0,36 pro die. Dann plötzlicher Uebergang zum Brom, das in Gaben von 3,75 bis 7,5 pro die 4 Wochen hindurch gebraucht wurde. Nun wurde die Gabe allmählig auf 1,5 verkleinert, endlich ganz fortgelassen. S. kommt zum Schluss, dass durch Flechsig's Methode die Epilepsie geheilt bezw. gebessert werden kann in Fällen, wo die gewöhnlichen Behandlungsmethoden, besonders die einfache Brombehandlung keinen Erfolg haben. S. giebt nur über 4 von seinen 9 Fällen kurze Notizen. Es wäre erwünscht, dass über diese Fälle nach einiger Zeit wieder berichtet würde. Nur nach längerer Beobachtung wird über den Werth der Methode sich etwas Endgültiges sagen lassen.

Mercklin.

B. Psychiatrie und Degenerationsanthropologie.

147) **K. Dehio** (Dorpat): Ueber die Bedeutung der corticalen Epilepsie für die topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten.
(St. Petersb. med. Wochenschr. 1894, Nr. 36.)

D. unterstützt die namentlich von Nothnagel betonte Regel, dass man localisirte Erkrankungen des Gehirns nur diagnosticiren soll aus den durch sie verursachten Ausfallserscheinungen. Nur in Bezug auf die sogenannte Jackson'sche Epilepsie wird eine gewisse Ausnahme zugelassen. Wo indessen nur Krämpfe vorhanden sind ohne gleichzeitige Lähmung, entbehrt die Diagnose des Sitzes der Krankheit der nöthigen Sicherheit. D. begründet seine Ausführungen mit der Schilderung eines Falles von Solitärtuberkel des Grosshirns. Bei einem Patienten mit vorgeschrittener Lungentuberkulose

stellten sich Krampfanfälle ein vom Character der Rindenepilepsie. Anfänglich auf die linke untere Extremität beschränkt, dehnten sie sich im weiteren Verlauf der Krankheit auf die gesammte Körpermuskulatur aus, begannen aber stets im linken Bein, wo sie auch erloschen. Lähmungen und sonstige Ausfallserscheinungen fehlten so gut wie vollständig. Es musste hiernach eine Herderkrankung der Hirnrinde mit localisirter Reizwirkung auf die motorischen Centra für das linke Bein angenommen werden. Die nach jedem Krampfanfall einige Stunden währende Parese des linken Beins, die geringe Abstumpfung des Muskelsinns für das linke Bein und kaum merkliche Abschwächung der Motilität der linksseitigen Extremitäten in der krampffreien Zeit genügten nicht, um eine dauernde Zerstörung der betreffenden Centra am oberen Ende der zwei Centralwindungen anzunehmen. Die Section ergab denn auch, dass ein über wallnussgrosser solitärer Tuberkel das hintere Ende der zweiten obersten Stirnwindung einnahm, der hier die graue Rinde und die Markleiste zerstörend bis hart an den Sulcus präcentralis reichte. In der Umgebung dieses Herdes, so namentlich auch am oberen Ende der rechten vorderen Centralwindung war die Pia verdickt und fest mit der Rinde verwachsen. Diese regionäre Meningo-Encephalitis bildete vermuthlich das anatomische Substrat für die klinischen Erscheinungen — deutliche Lähmungserscheinungen fehlten, weil die motorischen Centra nicht zerstört waren.

Mercklin.

---

148) **Harald Holm**: Lidt om Hallucinationer.

(Norsk Magazin for Lægevidenskaben, 55. Jahrg. 1894, S. 433.)

Den in der Litteratur vorliegenden Untersuchungen zufolge muss als festgestellt betrachtet werden, dass die Gehörshallucinationen die am häufigsten vorkommenden sind. Was die Ursache der Hallucinationen betrifft, so scheint es, als ob sie von einer Irritation der sensorischen Corticalcentren herrühren können und dass also die sogenannte „central-sensorielle“ Theorie, welche von Ferrier, Sander, von Krafft-Ebing, Magnan u. A. vertheidigt wird, für die Fälle als geltend anzusehen ist, wo das Individuum erkennt, dass den Hallucinationen keine Realität zu Grunde liegt, während die „sensoriell-psychische“ Theorie Mendel's zur Erklärung der Hallucinationen bei Geisteskranken dienen kann. Diese letzte Theorie setzt eine Affection sowohl des sensorischen Corticalcentrums als der „Psyche“, mit anderen Worten des „Begriffscentrums“ voraus.

Wir können mit einiger Beschränkung die Hallucinationen als Herdsymptome, durch Irritation hervorgerufen, ansehen und den Ausgangspunkt der centralen Hallucinationen in die verschiedenen sensoriellen Centren verlegen, nämlich die Gehörshallucinationen in den Gyrus temp. I, die Gesichtshallucinationen in den Occipitallobus, speciell den Cuneus, die Geruchshallucinationen in den Gyrus uncinatus u. s. w. Die genannte Irritation beruht wahrscheinlich auf einer Verdickung der Pia und Arachnoidea, einer geringen Sclerosirung der Grundsubstanz und etwaigen Degeneration der Ganglienzellen.

Ausserdem bespricht der Verfasser die Diagnose der medico-forensischen und historischen Bedeutung der Hallucinationen.

Koch (Kopenhagen).

149) **Bérillon:** Fréquence de l'onychophagie et des habitudes automatiques chez les dégénérés. Vortrag auf der Réunion d'hypnologie et de psychologie (14. Juli 1894).

(Bullet. méd. 1894, Nr. 57; Semaine méd. 1894, Nr. 41.)

B. hat Erhebungen in den Schulen von Paris über die Häufigkeit des Fingernägelknabberns anstellen lassen und gefunden, dass zwei Drittel aller Kinder in den meisten Schulen dieser Unsitte huldigen. Weiter ergab diese Erhebung folgende interessante Thatsachen:

Die nägelkauenden Kinder sind gewöhnlich schwächlicher als die anderen; sie weisen Schädeldifformitäten, Anomalien an Zähnen und Ohren auf Weiter geben die Lehrer an, dass diese Individuen eine ziemlich ausgeprägte Abneigung gegen physische Uebungen und Spiele besitzen, die gewisse Körperkräfte benöthigen. Sie schreiben schlecht, stellen sich auffällig linkshändig und ungelehrig, zeigen keine Ausdauer bei der Arbeit, kurz die betreffenden Kinder sind den gleichalterigen anderen gegenüber inferior. Aus diesem Grunde betrachtet B. sie als Degenerirte.

Alle bisherigen pädagogischen Massregeln haben sich gegen die Onychophagie als ohnmächtig erwiesen. Den meisten Erfolg weist die Suggestion in der Hypnose auf.

Buschan.

150) **Daguilhon:** Le tatouage chez les aliénés. Vortrag auf der Réunion annuelle de la Soc. d'hypnol. et de psychol. (16. Juli 1894).

(Bericht in Semaine méd. 1894, Nr. 41.)

Referent hat im Asile de Ville-Evrard unter 501 Irren 62 gefunden, die tätowirt waren, also einen Procentsatz von 1 : 8. Dass Marandon de Montyel in der Anstalt zu Marseille ein Verhältniss von 1 : 4 für Tätowirungen herausgefunden hat, darf nicht Wunder nehmen, denn hier recrutiren sich die Kranken zum grössten Theile aus Matrosen.

D. kommt zu dem Resultat, dass Tätowirung bei den Geisteskranken häufiger ist als bei den Gesunden und dass die tätowirten Geisteskranken keineswegs criminelle Irre sind, wie Paoli und Severi behaupten. Denn von den 62 Tätowirten hatten 42 keine Vorstrafen zu verzeichnen, nur 9 waren vorbestraft.

Dagegen machte D. die interessante Beobachtung, dass unter 49 derselben, die allegorische Darstellungen eintätowirt hatten, bei 16 eine Beziehung zwischen diesen und ihren Wahnideen sich nachweisen liess.

Buschan.

151) Gaetano Angiolella: **Sulle alterazioni dei gangli del simpatico nella paralisi progressiva.**

(Il Manicomio moderno 1894, X, Nr. 1 u. 2.)

Bonnet und Poincaré haben im Jahre 1868 histologische Untersuchungen über die Ganglien des Grenzstranges des Sympathicus bei der progressiven Paralyse angestellt und folgende Veränderungen gefunden: Pigmentation der Nervenzellen, Verminderung ihrer Zahl. Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, beträchtliche Menge von Fettzellen bis zur vollständigen Umwandlung der Ganglien in Fettgewebe. A. hat diese Angaben einer Nachprüfung unterzogen, indem er in 9 Fällen von Paralyse den Sympathicus microscopisch untersuchte.

Seine Methode bestand in der Härtung der Grenzstränge in einer wässerig-alcoholischen 2% Sublimat, darauffolgender Auswässerung und weiterer Behandlung anfangs mit Jodalcohol und dann mit Alcohol. Die in Paraffinbettung gewonnenen Schnitte wurden sodann gefärbt mit Carmin (nach Beale), mit Hämatoxylin (Boehmer), mit Alaun-Cochenille, mit Jodürpalladium (Paladino), mit Weigert'scher Methode (modificirt von Vassale). Das Resultat der Untersuchung der 9 genannten Fälle, deren Krankengeschichten und Autopsien A übrigens im Einzelnen mittheilt, war folgendes: Es fanden sich:

Kleinzellige Infiltration, Zunahme des Bindegewebes, Verdickung der Gefässwände, vermehrte Vascularität des Gewebes, kleine Blutextravasate, die Nervenzellen an Zahl nicht vermindert, wohl aber verändert, entweder in Pigmentdegeneration oder in Atrophie oder in einfacher hyaliner Necrose. — Diese Befunde unterscheiden sich von den von den beiden obigen Autoren angegebenen insofern, als diese immer Pigmentdegeneration beobachtet haben wollen, während A. nur in zwei Fällen ein intensives Umsichgreifen dieses Processes constatirte; in den übrigen Fällen fehlte derselbe zwar nicht, aber er beschränkte sich nur auf einen Theil der Zellen. Weiter konnte A. eine merkliche Abnahme der Zellen an Zahl nicht bestätigen; er fand nur wenige zwar ganz normal, die übrigen aber von den oben angeführten Processen mehr oder weniger mitgenommen. Schliesslich hat er auch nie Fettzellen im Bindegewebe, ebenso wenig vollständig in Fettmasse umgewandelte Ganglien angetroffen. Hingegen betrafen seine Beobachtungen einige Veränderungen, die Bonnet und Poincaré entgangen waren, nämlich die Verdickung der Gefässwände, den Austritt von Blut ins Gewebe und die kleinzellige Infiltration.

Aus diesem Verhalten schliesst A., dass sich in den Sympathicusganglien ein dreifacher Process abgespielt habe: eine chronische Entzündung des interstitiellen Bindegewebes, eine chronische Endo- und Periarteriitis und degenerative und necrotische Vorgänge in den Nervenzellen. Ob nun die parenchymatösen Degenerationen oder die interstitiellen Entzündungsvorgänge das Primäre hierbei sind, diese Frage lässt A. noch unentschieden. Er neigt indessen zu der Annahme, dass beide Processe gleichzeitig einhergehen, da beide die Producte einer und derselben Ursache sind, die gleichzeitig auf die Nervenzelle und das Zwischengewebe einwirken.

Verfasser legt seinen Befunden für die Erklärung des Krankheitsprocesses der Paralyse keine sonderliche Bedeutung bei; er will auch nicht zu Gunsten der von Bonnet und Poincaré aufgestellten Theorie eintreten, wonach die vasomotorischen Störungen im ganzen Organismus von einer Sympathicusaffection ausgehen und die Congestionen zum Gehirn und somit die Meningo-Encephalitis ebenfalls durch eine solche bedingt sein sollen.

Durch Vergleich der von ihm gefundenen Veränderungen am Sympathicus mit den von anderen Autoren gefundenen Läsionen am Gehirn, Rückenmarck und peripheren Nerven kommt A. zu der Ueberzeugung, dass die progressive Paralyse eine Erkrankung des gesammten Nervensystems ist, eine Systemopathie und dass die anatomische Basis derselben in einer chronischen interstitiellen Entzündung besteht, die von regressiven Processen der specifischen Elemente begleitet ist und sich auf das ganze Nervensystem erstreckt. — Hinsichtlich der Pathogenese des Leidens hält A. die Annahme nicht für unwahrscheinlich, dass es sich um eine im Blute kreisende toxische Substanz handelt, eine Hypothese, die nicht mehr neu ist und durch die Untersuchungen von d'Abundo an dem Blute und die Brugia's an dem Urine Paralytischer wahrscheinlich gemacht wird.

Buschan.

---

152) **Brosius**: Die Verkennung des Irreseins.

(2. Auflage. Leipzig, Friesenhahn. 1894.)

Verfasser schildert in höchst klarer und anregender Weise die Verkennung des Irreseins vor Gericht, beim Militär, in der Schule, in der Familie, beleuchtet dann nach dieser Richtung hin eingehend die psychischen Minderwerthigkeiten, sowie alle einzelnen Psychosen Zunächst ist zwar das Werkchen, welches demnächst in dritter Auflage erscheint, für den practischen Arzt und den gebildeten Laien geschrieben, doch enthält es so viele feine Bemerkungen und treffende Urtheile des erfahrenen Verfassers, dass auch der Irrenarzt noch mancherlei daraus lernen kann und sicher mit Allem sich einverstanden erklären wird. Verf. geht besonders mit den Juristen scharf ins Gericht und sein Schlusswort: „Fragt nicht nur, was sie sind, fragt auch, woher sie sind und wie sie waren“!, das er Allen, die ein Urtheil über den geistigen Zustand von Personen zu fällen haben, zuruft, enthält eine tiefe Mahnung, die leider nur selten von Laien befolgt wird. Mit Recht verwirft Verf. die moral insanityals eigene Krankheitsform Am besten wäre es gewesen, weder dies Wort noch das der „folie raisonnante“ zu gebrauchen.

Näcke (Hubertusburg).

---

153) **S. R. Steinmetz**: Suicide among primitive peoples.

(The American Anthropologist, Jan. 1894, S. 53—60.)

Man nimmt allgemein an, dass Selbstmord bei den auf niederer Stufe stehenden Völkern überhaupt nicht vorkomme oder wenigstens recht selten sei, und dass erst die zunehmende Kultur den Trieb zum Selbstmord zeitige oder steigere (Oettingen, Corre, Morselli). — Steinmetz hat zur Entscheidung

dieser Frage in der anthropologischen Litteratur Umschau gehalten und die darin enthaltenen Angaben und Beobachtungen zusammengestellt. Er kommt dabei zu ganz anderen Schlussfolgerungen, dass nämlich Suicid bei den Wilden eine keineswegs seltene Erscheinung sei, sogar hier und da recht häufig vorkomme. Er konnte den Nachweis hierfür liefern an den Polarvölkern (Grönländer, Eskimos, Kamschadalen etc.), den nordamerikanischen (Dakotas, Omahas, Chippewas, Cherokees etc.) und südamerikanischen Indianern, den Beduinen, Kaukasusvölkern (Cheusuren, Circassier), den Melanesiern, Polynesiern und Mikronesiern (Neuhebriden-, Fidschi-, Kingmill-, Pelau- etc. Insulanern), sowie den Indonesiern (Dajahs, Moeroangs, Siang, Karo-Bataks etc.). Recht häufig ist der Selbstmord bei den Hyperboreern und den nordamerikanischen Indianern. Hingegen hat man bei den Australiern, und einzelnen südamerikanischen Stämmen davon noch nicht Kunde erhalten.

Das Motiv zum Suicid ist zumeist Liebe oder Trauer um einen Verstorbenen, ferner beleidigter Stolz, Empfindlichkeit, Furcht vor Gefangenschaft und Sklaverei, Verstimmung über getäuschte Hoffnungen oder Krankheit, Familienstreit etc. Buschan.

---

154) **Morselli**: Esposizione accessuale degli organi genitali (esibizionismo) come equivalente epilettoide

(Bollettino della R Accademia medica di Genova, Vol. IX, 1894, Nr. 1.)

37jähriger, kräftig entwickelter Mann mit brachycephal-platycephaler, auch leicht plagiocephaler Kopfform, ohne Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen, mit sonst normal functionirenden Organen, von ehrbarem, fleissigem und sanftem Character, Vater von 8 Kindern, ist angeklagt, die öffentliche Scham durch Hervorziehen seiner Geschlechtstheile und Masturbiren auf öffentlicher Strasse verletzt zu haben. Bei der Verhandlung stellte sich heraus, dass der Angeklagte dies schon 6 mal an sehr frequentirten Orten und recht häufig zu Hause vor seinen Angehörigen gethan habe (desshalb auch schon dreimal vorbestraft).

Der Angeklagte selbst giebt an, dass er zeitweise an „nervösen Anfällen“ leide, während deren er seiner Sinne nicht mächtig werde. Nach seiner eigenen Aussage und der Ergänzung derselben von Seiten seiner Umgebung äussert sich der Anfall folgendermassen: Zunächst wird der Angeklagte von einer Art innerer Unruhe befallen, die ein Gefühl von Uebelkeit und Missbefinden begleitet. Damit ist das Anzeichen gegeben, dass der eigentliche Anfall nicht ausbleiben wird. Hierauf stellt sich eine grosse sinnliche Erregung ein: es schweben ihm erotische Bilder vor, die er nicht mehr näher zu schildern vermag und die ihn veranlassen, sein Glied zu entblössen und zu onaniren. Gleichzeitig empfindet er Ohrensausen, verschwommenes Sehen und ein nicht zu beschreibendes Gefühl über den ganzen Körper. Zu einer wirklichen Ejaculation soll es jedoch nicht kommen, im Gegentheil soll der Penis fast stets nur unvollständig erigirt sein. Sobald die erotische Erregung auftritt, schwinden dem Kranken die Sinne; die Erinnerung an das darauf Folgende ist confus und sehr schwach (Amnesie). Nach dem Anfalle bleibt derselbe wie gebannt stehen, die

Sprache ist zögernd, der Blick fixirt und das Gesicht stupid. Oefters verfällt er aber auch in einen Zustand von krampfartigem Weinen; nicht selten ist der Anfall auch von einem unwiderstehlichen Drang zu laufen begleitet. — Die Dauer des ganzen Anfalles beträgt ungefähr eine halbe Stunde oder auch weniger.

M. stellt die Diagnose auf Epilepsia larvata seu psychica und hält das Exhibitioniren der Geschlechtstheile und den Versuch zur Masturbation für ein epileptisches Aequivalent. — Der Ursprung des Leidens in dem vorliegenden Falle ist dunkel, da anamnestische Daten fehlen. Der somatische anthropologische Anblick lässt an eine Degeneration, vielleicht hereditäre Form der Neurose denken, ohne indessen auszuschliessen, dass eine langdauernde eitrige Entzündung des inneren Ohres, die nachgewiesen ist, sich auf das Schädelinnere fortgepflanzt und hier eine circumscripte Meningitis hervorgerufen habe. Buschan.

IV. Zur Tagesgeschichte.

Aus Ostpreussen. Es freut mich zunächst mittheilen zu können, dass der Forderung der Dienstalterszulagen, welche ich in meinem Aufsatze: „Die Stellung der Irrenärzte" ausgesprochen habe, an den Anstalten der Provinz Ostpreussen Rechnung getragen worden ist, wenn auch noch nicht ganz in meinem Sinne.

Vom 1. April d. J. ist nämlich wie bei allen Beamten, so auch bei den Irrenanstaltsärzten eine Gehaltsskala eingeführt, wonach jede Beamtenkategorie in 4 Dienstaltersstufen von je 4 Jahren zu dem Maximalgehalt emporsteigt, welches somit in 16 Jahren erreicht wird. Bei den Aerzten sind jedoch ausserdem noch entgegen meinen Forderungen die Rangstufen geblieben. Es wird neben dem Director oder 1. Arzt ein zweiter, dritter, vierter und fünfter Arzt unterschieden (eine Arztstelle ist neu geschaffen). Ausser Familienwohnung, Beheizung, Beleuchtung und Gartenland erhält der Director 5000 (Minimalgehalt) bis 7000 Mark (Maximalgehalt), der zweite Arzt ebenso 3500 bis 4500 Mark, der dritte Arzt 3000 bis 4000 Mark, während der vierte Arzt 1500 bis 2500 Mark, der fünfte 1200 bis 2200 Mark neben völlig freier Station bekommen. — Ich kann hieran nur den Wunsch knüpfen, dass die übrigen preussischen Provinzen und deutschen Lande, welche das System der Dienstalterszulagen noch nicht eingeführt haben (letzteres ist ja nur ganz vereinzelt der Fall), dem Beispiele Ostpreussens bald nachfolgen mögen. Dazu ist aber nöthig, dass die Irrenanstaltsdirectoren ebenso energisch dafür eintreten, wie es in Ostpreussen namentlich von Seiten des Herrn Director Sommer geschehen ist.

Der Provinziallandtag der Provinz Ostpreussen hat fernerhin für das Etatsjahr 1895|96 die Erweiterung der Irrenanstalt Allenberg durch den Bau von 4 Krankenpavillons zu 50 bis 60 Kranken (je 2 Pavillons für jedes Geschlecht) genehmigt und 380,000 Mark dafür bewilligt. Der Bau,

mit dessen Vorarbeiten begonnen ist, soll im Laufe dieses Jahres fertiggestellt werden. Es wird damit die Belegziffer der Anstalt, welche den höchsten Bestand von 750 Kranken (23 Familienpfleglinge abgerechnet), bereits überschritten hat, auf 1000 Köpfe steigen. Nur dem Umstand, dass die Irrenanstalt Kortau sehr weitläufig gebaut worden ist, so dass dieselbe, wie sich herausgestellt hat, über 900 Kranke aufnehmen kann, ist es zu danken, dass die Ueberfüllung keine grösseren Dimensionen angenommen hat.

Uebrigens wird der Bau einer besonderen Abtheilung für irre Verbrecher bei der Besserungs-Anstalt Tapiau, welcher längst geplant jetzt seiner Realisirung näher gerückt ist, die Anstalten Allenberg und Kortau noch weiter entlasten Vorläufig ist durch Beschluss des Provinziallandtags der Provinzialausschuss ermächtigt worden, die Vorarbeiten zu veranlassen, damit im Jahre 1896 der Bau (für ca. 50 irre Verbrecher) vollendet werden kann.

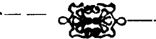
Hoppe.

Druckfehler-Berichtigung.

Im Märzheft dieses Centralblattes muss es auf Seite 150, Zeile 17, heissen: „Dass nie ein Factor allein etc." statt „nur".

Redactionelles.

Alle weiteren Sendungen für die Redaction sind an Herrn Dr. H. Kurella, Brieg bei Breslau, zu richten.



Inhalt des April-Hefts.

I. Originalien.

II. Bibliographie.

III. Referate u. Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

a) Anatomie, Histologie und Physiologie.

Specielle Pathologie.

1. Gehirn.

2. Sinnesorgane.

3) Periphere Nerven u. Muskeln.

4. Neurosen.

Nr. 137) Pershing: A case of acromegaly, with remarks on the pathology of the disease.

c) Therapie.

Nr. 138) Kothe: Das Wesen und die Behandlung der Neurasthenie.

Nr. 139) Ewald: Ueber einen durch die Schilddrüsentherapie geheilten Fall von Myxödem nebst Erfahrungen über anderweitige Anwendung von Thyreoideapräparaten.

Nr. 140) Wagner: Zwei Fälle von Hämatom der Dura mater, geheilt durch temporäre Schädelresection.

Nr. 141) Grandclément: Traitement du tic douloureux ou névralgie spasmodique de la face.

Nr. 142) Kocher: Die Schilddrüsenfunction im Lichte neuerer Behandlungsmethoden verschiedener Kropfformen.

Nr. 143) Lanz: Zur Schilddrüsentherapie des Kopfes.

Nr. 144) Brown: Provisional treatment of insanity.

Nr. 145) Rossolimo: Zur Symptomatologie und chirurgischen Behandlung einer eigenthümlichen Grosshirncyste.

Nr. 146) Stembo: Zur Behandlung der Epilepsie nach Flechsig.

B. Psychiatrie und Criminal-Anthropologie.

Nr. 147) Dehio: Ueber die Bedeutung der corticalen Epilepsie für topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten.

Nr. 148) Holm: Lidt om Hallucinationer.

Nr. 149) Bérillon: Fréquence de l'onychophagie et des habitudes automatiques chez les dégénérés.

Nr. 150) Daguilhon: Le tatouage chez les aliénés.

Nr. 151) Angiolella: Sulle alterazioni dei gangli del simpatico nella paralisi progressiva.

Nr. 152) Brosius: Die Verkennung des Irreseins

Nr. 153) Steinmetz: Suicide among primitive peoples.

Nr. 154) Morselli: Esposizione accessuale degli organi genitali (esiοizioni mo) come equivalente epilettoide.

IV. Tagesgeschichte.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVIII. Jahrgang. 1895 Mai. Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Ueber hysterische Schlafsucht.

Von L. Löwenfeld.

In den letzten Jahren ist bekanntlich der geistige Zustand der Hysterischen zum Gegenstande besonderer Studien seitens einer Anzahl von Autoren gemacht worden, welche in demselben die Wurzel aller oder wenigstens der meisten und wichtigsten hysterischen Symptome erblickten. Man hat sich hierbei zumeist mit jenen geistigen Eigenthümlichkeiten beschäftigt, welche allen Hysterischen mehr oder minder gemeinsam sind, den geistigen Stigmen der Hysterie. Neben diesen werden bei Hysterischen auch psychische Anomalien beobachtet, welche nur in vereinzelten Fällen vorkommen und auf Grund besonderer Verhältnisse sich entwickeln. Von diesen will ich hier einen Zustand beschreiben, welchen ich als hysterische Schlafsucht bezeichne, einen Zustand, den ich bereits in einer früheren Arbeit über die hysterischen Schlafattaquen*) en passant berührt habe und der meines Wissens bisher noch von keiner Seite eingehend gewürdigt worden ist.

Einem krankhaften, als Schlafsucht anzusprechenden Zustande begegnen wir bei sehr verschiedenen Erkrankungen des Nervensystems, so insbesondere bei Neurasthenie, bei gewissen Geistesstörungen, auch in manchen Fällen von organischen Gehirnleiden (Gehirnerweichung und Gehirntumor z. B.). Von der Schlafsucht in allen diesen Fällen unterscheidet sich die hysterische in einer wesentlichen Beziehung; in den angeführten Fällen handelt es sich um eine vermehrte Neigung zum natürlichen Schlafe und längere Andauer

*) Löwenfeld: Ueber hysterische Schlafzustände, deren Beziehungen zur Hypnose und zur Grande Hystérie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. XXII und XXIII. Sep.-Abdr. S. 12 u. 34.

oder öfteres Auftreten desselben. Bei der hysterischen Schlafsucht besteht dagegen, wenn dieselbe auch dem Kranken sich in ähnlicher Weise fühlbar macht wie bei den erwähnten Leiden, doch nur eine Neigung zum hysterischen Schlafe*), einem Zustande, der sich in wichtigen Beziehungen von dem natürlichen Schlafe unterscheidet und sehr häufig nur die Einleitung zu hysterischen Anfällen anderer Art bildet.

Wie bei anderen Kranken zeigt auch bei Hysterischen die Schlafsucht erhebliche Schwankungen in ihrer Intensität. In den leichteren Graden macht sie sich für das Bewusstsein der Kranken durch eine gewisse Mattigkeit, Energielosigkeit, Schläfrigkeit, Unlust und Unfähigkeit zur Beschäftigung fühlbar. Die Stimmung ist bei längerer Andauer des Zustandes gewöhnlich eine sehr gedrückte, das Gedächtniss speciell für die Ereignisse der jüngsten Vergangenheit abgeschwächt. Zum Eintritt von hysterischen Schlafzuständen muss es hiebei nicht kommen; allein gewöhnlich genügen Anlässe, welche die Schlafneigung steigern, wie Hinlegen auf ein Bett oder Sopha, selbst das Zurücklehnen auf einem Sopha mit geschlossenen Augen, auch gemüthliche Erregungen nicht sehr intensiver Natur, um den Schlafzustand herbeizuführen.

Bei grösserer Intensität der Schlafsucht haben die Kranken einen schweren Stand, wenn sie derselben nicht ohne weiteres nachgeben wollen. Neben der bedeutenden Schläfrigkeit machen sich Gefühle von Schwere, Eingenommenheit, Druck, Constriction im Kopfe, mitunter auch Kopfschmerzen geltend und diese lästigen Sensationen können mit der Andauer der Schlafneigung anwachsend bis zur Unerträglichkeit sich steigern. Die Intensität der Schlafneigung macht sich hier auch äusserlich bemerkbar; man sieht, wie die Lider der Kranken fortwährend geneigt sind, sich zu schliessen. Auch dieser Zustand muss nicht nothwendig zu einem Schlafanfalle führen. Die Kranke kann durch eine innere (i. e. Willens-) Anstrengung gegen die vorhandene Schlafneigung ankämpfen, ob diese grösser oder geringer ist. Natürlich erheischt das Ankämpfen eine um so bedeutendere innere Anstrengung und wird dadurch um so schwieriger, je beträchtlicher die Schlafneigung ist. Währt diese nur kurze Zeit, so kann dieselbe auch bei bedeutender Stärke noch überwunden werden, i. e. die Kranke kann ihren normalen Bewusstseinszustand aufrecht erhalten. Dies ist mitunter nur dadurch möglich, dass sie sich umher bewegt, so mühsam dies ihr auch wird, oder im Verkehr mit befreundeten Personen eine ungewöhnliche geistige Anregung gewinnt. Dauert dagegen die Schlafneigung längere Zeit — z. B. mehrere Stunden —, so nimmt dieselbe mehr oder minder, rascher oder langsamer zu; zugleich wächst aber auch beim Ankämpfen gegen dieselbe die Intensität der erwähnten peinlichen Gefühle im Kopfe an, wahrscheinlich in Folge der andauernden und stetig nothwendiger Weise sich mehrenden inneren Anstrengung; schliesslich erreichen diese Sensationen eine

*) Es ist vielleicht nicht überflüssig, wenn ich hier bemerke, dass die hysterische Schlafsucht nicht identisch ist mit dem von mir in der citirten Arbeit als lethargische Disposition bezeichneten Zustande; i. e. die Beschaffenheit des Nervensystems, welche zu Schlafattaquen disponirt, kann ganz und gar unabhängig von Schlafsucht bestehen, während letztere die lethargische Disposition nothwendig in sich schliesst.

Stärke, welche der Kranken die weitere Fortsetzung ihres inneren Widerstandes unmöglich macht, ihren Willen lähmt. Ist diese Phase eingetreten, so bewerkstelligt sich der Uebergang der Schlafsucht in den hysterischen Schlafzustand. Was heisst dies? Wenn wir ein Bild gebrauchen dürfen, so ist es, als ob auf der Bühne des geistigen Lebens der Kranken ein Vorhang herabgelassen würde. Den Blicken des Beschauers wird das auf dieser sich Abspielende für eine Weile entrückt, und wenn der Vorhang wieder in die Höhe geht, steht dem Beobachter eine von der früheren verschiedene geistige Persönlichkeit gegenüber. An Stelle des normalen Ego der Kranken ist ein zweites, ein pathologisches Ich getreten; es hat sich also eine Bewusstseinsspaltung vollzogen.

Ich will hier zunächst auf die nähere Gestaltung des nunmehr sich producirenden zweiten Ich nicht eingehen, sondern einen Punkt hervorheben, der mir von besonderem Interesse scheint. Freud hat vor kurzem in einer Mittheilung im Neurol. Centralblatt*) gezeigt, dass in manchen Fällen von Hysterie die Spaltung des Bewusstseinsinhaltes die Folge eines Willensactes des Kranken ist. Derselbe versucht mit aller Macht ein Erlebniss, welches einen sehr peinlichen Affect ihm erzeugt, aus seiner bewussten Erinnerung zu entfernen, „zu vergessen". Diese Willensanstrengung führt nicht zu dem gewünschten Erfolge, sondern zur Entstehung hysterischer mit einer Bewusstseinsspaltung einhergehender Symptome. Freud betrachtet diesen Vorgang als Ausdruck einer pathologischen Disposition, die aber nicht nothwendig mit persönlicher oder hereditärer Degeneration identisch zu sein braucht. Während in den Fällen, welche Freud im Auge hat, ein Willensact allerdings unabsichtlicher Weise eine Bewusstseinsspaltung nach sich zieht, sehen wir bei der hysterischen Schlafsucht, dass durch einen Willenseinfluss die vorhandene, sogar sehr mächtige Tendenz zur Bewusstseinsspaltung gehemmt wird, resp. gehemmt werden kann. Es darf dies nicht befremden. Wir sind ja auch in der Lage, die Neigung zum natürlichen Schlafe durch unseren Willen zu bekämpfen, i. e. durch eine innere Anstrengung den Fortgang der mit unserem normalen wachen Bewusstseinszustande verknüpften psychischen Thätigkeit durchzusetzen, wenn der (diese hemmende) Einfluss der im Gehirn sich anhäufenden Ermüdungsproducte sich geltend macht.

Betrachten wir nun den Zustand, welcher durch den Uebergang der hysterischen Schlafsucht in hysterischen Schlaf herbeigeführt, resp. eingeleitet wird, des Näheren; dieser Zustand zeigt nicht bloss bei verschiedenen Personen, sondern unter Umständen selbst bei derselben Kranken an einem Tage sehr verschiedene Gestaltung, mit anderen Worten, durch den Vorgang des Einschlafens werden verschiedene Arten des hysterischen Anfalles eingeleitet. Der ruhige, schlafartige Zustand, den wir uns, wie ich in der erwähnten Arbeit gezeigt habe, keineswegs als eine Lücke in der geistigen Existenz des Kranken denken dürfen, kann nach kurzer oder längerer Dauer wieder dem normalen wachen psychischen Verhalten Platz machen — einfache Schlafattaque —, oder von hysterischen Krämpfen, selbst einem grossen hysteroepileptischen Anfalle unterbrochen werden, aber auch ohne

*) Neurol. Centralbl. Nr. 10, 1894.

weiteres in einen Anfall von hysterischem Somnambulismus, hysterischem Delir oder hysterischer Katalepsie übergehen, an welchen sich wieder ein Schlafzustand anschliesst. Was wir als hysterische Schlafsucht bezeichnen, ist also nicht lediglich eine Neigung zu hysterischen Schlafattaquen; es ist vielmehr der Ausdruck einer Tendenz zur Bewusstseinsspaltung, zur Verdrängung des normalen Ich (ersten Zustandes) durch ein zweites pathologisches Ich, das seine Existenz episodisch in Anfällen geltend macht. „L'état incomplet de la personnalité première", bemerkt Jules Janet*), „constitue les tares hystériques; il permet l'action désordonnée de la personnalité seconde, c'est à dire les accidents hystériques. La seconde personnalité, toujours cachée derrière la première, d'autant plus forte que celle-ci est plus-affaiblie, profite de la moindre occasion pour la terrasser et paraître au grand jour".

Allerdings erscheint das Bild, welches Jules J. gebraucht, unserem Falle gegenüber etwas phantastisch aufgeputzt. Das erste Ego wird nicht von dem zweiten niedergeworfen und überwältigt. Der Thatbestand ist vielmehr der, dass das erste Ego sich auf der Bühne des geistigen Lebens nicht mehr erhalten kann und desshalb abtritt. Damit ist es dem zweiten Ego ermöglicht, auf der Scene zu erscheinen. Aus dem Psychologischen in das Pathophysiologische übersetzt, heisst dies: Das Gehirn hat in seiner Leistungsfähigkeit eine Einbusse erlitten und in Folge dieser Schwäche tendirt es, den Zustand seiner normalen psychologischen Thätigkeit mit einem anderen sozusagen minderwerthigen zu vertauschen. Für diese Annahme sprechen fast alle Umstände, welchen nach meinen Beobachtungen ein Einfluss auf die Schlafsucht zukommt. Was erschöpfend auf das Nervensystem wirkt, gemüthliche Erregungen, schmerzhafte und fieberhafte Affectionen, Inanition steigern die vorhandene Schlafsucht; ganz besonders evident macht sich in dieser Richtung die Wirkung des mit der Schlafsucht gewöhnlich verknüpften Schlafmangels geltend; je geringer der natürliche nächtliche Schlaf, um so erheblicher und anhaltender ist die Schlafsucht bei Tage. Dieselbe Kranke, die bei Nacht lange Zeit im Bette zubringt, ohne den sehnlichst gewünschten Schlummer zu finden, darf bei Tag nur einen Moment sich auf dem Sopha zurücklehnen und die Augen schliessen, um sofort in hysterischen Schlaf zu verfallen. Verringert wird auf der anderen Seite die Schlafsucht durch längere Dauer des natürlichen Nachtschlafes, reichlichen Aufenthalt im Freien, Hebung der Ernährung und geistige Anregungen angenehmer Natur. Das Gleiche hat vorübergehender Eintritt von Schlafattaquen (einfachen sowohl als mit anderen Anfallsformen complicirten) zur Folge; wir müssen daher annehmen, dass während des minderwerthigen zweiten Zustandes sich im Gehirne Veränderungen vollziehen, welche den im normalen Schlafe vor sich gehenden einigermassen ähneln, soferne dieselben die Wiederaufnahme der normalen psychischen Wachthätigkeit ermöglichen.

Eine Frage drängt sich hier auf. Wir begegnen in anderen Fällen von Gehirnerschöpfung — bei gewöhnlicher Cerebrasthenie, auch bei Hystero-

---

*) Citirt bei Pierre Janet. État mental des Hystériques. 2. Band, Paris 1894 S. 268.

neurasthenie — ebenfalls mitunter einer gewissen Schlafsucht, die allerdings nicht die Intensität der hysterischen erreicht. Eine Hysteroneurasthenische meiner Beobachtung z. B. klagte mir vor kurzem, dass sie den ganzen Vormittag auch nach ausreichendem Nachtschlafe eine Müdigkeit und Schläfrigkeit fühle, welche sie nöthige, sich fortwährend in einer gewissen Bewegung zu erhalten, um das Einschlafen zu verhüten. Zu hysterischen Anfällen irgend welcher Art kam es hier nie. Von welchen Umständen hängt es nun ab, dass die hysterische Schlafsucht zu einer Bewusstseinsspaltung führt, während bei der gewöhnlichen Cerebrasthenie eine solche nie eintritt? Bei der Beantwortung dieser Frage müssen wir zunächst einen Umstand berücksichtigen. Vorbedingung für den Eintritt eines zweiten Zustandes ist, dass die Elemente eines solchen, eines zweiten Ego, i. e. von dem normalen Ichbewusstsein isolirte Vorstellungsgruppen sich in der Psyche bereits vorfinden. Unter welchen Umständen die Bildung solcher Vorstellungsgruppen statthat, können wir hier nicht näher untersuchen; wir müssen uns begnügen, diesbezüglich auf die Ausführungen von Breuer und Freud*) zu verweisen. Wo die fraglichen psychischen Elemente fehlen, wie es bei der gewöhnlichen Cerebrasthenie der Fall ist, kann, wenn ein vorhandener Erschöpfungszustand des Gehirnes die Fortsetzung der psychischen Thätigkeit des wachen Zustandes zur Unmöglichkeit macht, an dessen Stelle nur der gewöhnliche Schlaf treten. In den Fällen dagegen, in welchen wie bei der hysterischen Schlafsucht die Elemente eines zweiten Zustandes im Unterbewusstsein der Psyche sozusagen in Bereitschaft liegen, besteht noch die weitere Möglichkeit, dass der normale wache Zustand der Psyche durch einen pathologischen zweiten Zustand ersetzt wird. Dass bei der hysterischen Schlafsucht nur die letztere Möglichkeit sich verwirklicht, hängt wesentlich von zwei Umständen ab. Der cerebrale Erschöpfungszustand, welcher der hysterischen Schlafsucht zu Grunde liegt, ist von solcher Beschaffenheit, dass er den Eintritt des natürlichen Schlafes sehr erschwert; wir haben oben die gewöhnliche Vergesellschaftung der hysterischen Schlafsucht mit Schlafmangel hervorgehoben. In dieser Beziehung steht übrigens die Hysterie nicht vereinzelt da; wir begegnen auch bei Neurasthenie nicht selten Fällen, in welchen trotz hochgradiger Schläfrigkeit der Schlaf hartnäckig ausbleibt. Auf der anderen Seite wird es durch den Erschöpfungszustand des Gehirns abnormen psychischen Elementen ermöglicht, sich in das Oberbewusstsein einzudrängen, ja dieses ganz und gar in Beschlag zu nehmen. Wir sehen dies am deutlichsten an den Zwangsvorstellungen und Phobien. Zwangsvorstellungen entwickeln sich nur bei Individuen, bei welchen in Folge einer angeborenen oder acquirirten Schwäche der corticalen Centren jene hemmende Thätigkeit, durch welche der Verlauf des Denkens in gewissen (gewollten) associativen Bahnen erhalten wird, mangelhaft vor sich geht, und die tägliche Erfahrung lehrt, dass mit der Zunahme der cerebralen Erschöpfung aus irgend welchen Gründen bei Individuen, welche an Zwangsvorstellungen leiden, diese an Menge und Intensität zunehmen, mit der Verringerung der Cerebrasthenie aber auch wieder zurücktreten. Was für die Zwangsvorstellungen gilt, gilt auch für die Vorstellungen und Vorstellungsgruppen, welche von dem nor-

*) Neurol. Centralbl. 893, Nr. 1 u. 2.

malen Ichbewusstsein isolirt die Elemente eines zweiten Ego bilden. Auch diese zeigen eine Tendenz bei Erschöpfungszuständen des Gehirnes andauernder oder vorübergehender Natur sich in das Oberbewusstsein einzudrängen oder wenigstens mit ihren Reactionen und Folgezuständen in diesem sich geltend zu machen.*) Dieses Verhalten der Elemente des zweiten Ego in Verbindung mit der Erschwerung des natürlichen Schlafes macht es verständlich, dass die hysterische Schlafsucht zu einer Bewusstseinsspaltung führt, während dies bei der neurasthenischen Schlafsucht nicht der Fall ist. Dass der Uebergang in den zweiten Zustand bei der hysterischen Schlafsucht in der Form des Einschlafens sich gewöhnlich vollzieht, hängt wohl von Besonderheiten des in Frage stehenden cerebralen Erschöpfungszustandes ab; nothwendig ist diese Art der Einleitung des zweiten Zustandes nicht; bei nicht sehr hochgradiger Schlafsucht treten mitunter somnambule Zustände auf, welchen ein Einschlafen nicht vorhergeht.

Wenn irgend ein Zustand im Bereiche der Hysterie, so dürfte die hysterische Schlafsucht Jenen, welche alle Manifestationen dieser Neurose von Vorstellungen ausgehen lassen, die Unzulänglichkeit ihrer Theorie darlegen. Die hysterische Schlafsucht ist offenbar direct durch einen eigenartigen Erschöpfungszustand des Gehirnes bedingt, welcher sich auf der Grundlage der hysterischen Constitution des Nervensystems entwickelt. Ueber die Umstände, welche diese Weiterentwicklung herbeiführen, sind wir noch sehr im Unklaren, und ich konnte bisher nur in einem Falle über dieselben zu einer bestimmteren Anschauung gelangen Meine Erfahrungen bei einer Kranken, bei welcher ich während einer Reihe von Jahren den Zustand der hysterischen Schlafsucht in ausgedehntem Maasse beobachten konnte, drängten mich schon lange zu der Annahme, dass in diesem Falle eine Stoffwechselanomalie, i. e. eine Art Autointoxication die nächste Ursache der Schlafsucht bildet. Bei der betreffenden Patientin gehen dem Auftreten der Schlafsucht in der Regel während mehrerer Wochen auffällige Verringerung des Appetits und Flüssigkeitsbedürfnisses mit entsprechendem Sinken der Harnmenge, Zunahme der bestehenden Obstipation und erhebliche Abnahme des natürlichen Schlafes vorher. Durch Injectionsversuche an Thieren (Meerschweinchen) konnte ich auch in diesem Falle vor längerer Zeit schon eine erhöhte Toxicität des Urins nachweisen. Dass Autointoxicationen geeignet sind, einen Zustand wie die hysterische Schlafsucht hervorzurufen, hierüber lassen die Erfahrungen bezüglich des Diabetes und der Urämie keinen Zweifel.

Hinsichtlich der Therapie des besprochenen Zustandes muss ich bemerken, dass ich von allen den medicamentösen, diätetischen und physikalischen Mitteln, welche ich im Laufe der Jahre versuchte, bei den höheren Graden der Schlafsucht keinen deutlichen Erfolg sah. In jüngster Zeit

*) Pierre Janet, sowie Breuer und Freud haben auch schon die Bedeutung der Gehirnerschöpfung für das Auftreten hysterischer Anfälle erkannt. Ersterer bemerkt: „Toute fatigue physique au morale qui diminue la puissance de synthèse psychologique favorise ces accidents dus aux idées fixes.“ (État mental des hystériques. 2. Bd., S. 187.) Breuer und Freud erwähnen, dass in einer Reihe von Fällen der Anfall als Aeusserung des hypnoiden Bewusstseinsrestes erscheint, so oft die normale Person erschöpft und leistungsunfähig ist. (Neurol. Centralbl. 1893, S. 46.)

habe ich Spermin Poehl sowohl subcutan als per os (Essentia Spermin P.) angewendet und ich glaube von diesem Mittel einen gewissen Nutzen gesehen zu haben. Inwieweit hierbei suggestive Momente (der hohe Preis des Mittels etc.) mitspielten, muss ich allerdings vorerst dahingestellt sein lassen

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

I) Anatomie und Physiologie.

155) Dr. **Mies** (Köln): Ueber das Gehirngewicht der heranwachsenden Menschen. Vortrag auf der 25. Allg. Versammlung der deutschen anthrop. Gesellschaft in Innsbruck.

(Correspondenzblatt der deutschen Gesellschaft für Anthropologie 1894, Nr. 10.)

Die Resultate des Verfassers basiren auf einer stattlichen Reihe von Gehirnwägungen (über 2000), die er theils selbst angestellt, theils (zum grössten Theile) den Angaben früherer Autoren (Parrct, Boyd, Parchappe, Sappey, Bollinger etc.) entnommen hat. Diese Gehirngewichtbestimmungen betreffen nicht bloss europäische, sondern auch überseeische Völkerschaften.

I. Beim neugeborenen Knaben beträgt das Hirngewicht im Durchschnitt 340, beim Mädchen 330 g. Am Ende des zweiten Jahrzehnts wiegt das männliche Gehirn im Mittel beinahe 1400, das weibliche mehr als 1230 g; das erstere hat demnach eine Zunahme von 1050 g, das letztere eine solche von rund 900 g erfahren. Das erste Drittel dieser Zunahme fällt ungefähr in die 9 ersten Monate. Um die zweiten 350 bezw. 300 g zu gewinnen, gebraucht das Gehirn bei beiden Geschlechtern etwa doppelt so viel Zeit, nämlich vom letzten Vierteljahr des ersten bis zum zweiten Quartal des dritten Jahres. Auf eine noch viel längere Zeit vertheilt sich die Zunahme um das letzte Drittel jener 1050, resp. 900 g. Die Frage, wann das menschliche Gehirn sein mittleres absolutes Gewicht im grossen Ganzen nicht mehr vermehrt, möchte M. noch nicht beantworten. Wahrscheinlich erscheint ihm, dass das durchschnittliche Hirngewicht im zweiten Jahrzehnt noch fortwährend, aber mit abnehmender Geschwindigkeit sich vermehrt. — Die schwersten Gehirne im jugendlichen Alter, von denen M. Kenntniss erhalten hat, betrugen 1732 g bei einem 13jährigen Knaben (Fall Virchow-Wengner) und 1840 g bei einem 6jähigen tuberkulösen (freilich nur an den Brust- und Bauchorganen) Knaben (Fall Lorey).

II. Die Verhältnisszahl zwischen Hirngewicht und Körpergrösse erfährt bereits beim menschlichen Fötus und sodann weiter beim ausgetragenen Kinde bis ins 2. bezw. 3. Lebensjahr hinein eine Abnahme, verändert sich also zu Gunsten des Hirngewichtes. Diese Bevorzugung des Gehirns vor der Körpergrösse scheint bei den Knaben etwas länger anzudauern als bei den Mädchen. Nach Ablauf der angegebenen Zeit wächst sodann die Verhältnisszahl, wie es scheint, ununterbrochen bis zu Ende des 2. Jahrzehnts. Im ersten Monat nach der Geburt kommt bei Knaben durchschnittlich 1 g Gehirn auf 1,35 mm Grösse, bei Mädchen auf 1,41 mm. Die niedrigste Zahl, 0,78, fällt bei den Mädchen ins zweite Lebensjahr, während das Ver-

hältniss zwischen Körpergrösse und Hirngewicht bei den Knaben sich im dritten Jahre für das Gehirn am günstigsten stellt (1 g Gehirn auf 0,72 mm). Am Ende des zweiten Jahrzehnts entspricht 1 g Gehirn beim männlichen Geschlecht annähernd $1^1/_5$ mm Körpergrösse, beim weiblichen ungefähr $1^1/_4$ mm. — Die Abnahme der 1 g Gehirn entsprechenden Körpergrösse beträgt demnach bei beiden Geschlechtern rund $^{630}/_{1000}$ mm, die Zunahme beim männlichen $^{489}/_{1000}$, beim weiblichen $^{469}/_{1000}$ mm.

III. Auch das Körpergewicht übt einen Einfluss auf das Gehirngewicht aus; jedoch hat das Verhältniss zwischen Körpergewicht und Gehirn wegen der grossen Schwankungen jenes nur geringen Werth. Im Allgemeinen vermehrt sich der 1 g Gehirn entsprechende Theil des Körpergewichts in den ersten 7 Jahren langsam und wenig, dann bis zu Ende des zweiten Jahrzehnts schnell und viel. Buschan.

156) **V. Henri**: Recherches sur la localisation des sensations. (Arch. de Physiol., Oct. 1893.)

Versuche über die Localisation von Berührungen auf der Haut bewogen H., Wundt's Angaben über diesen Punkt (4. Aufl., Bd. II, pg. 6) nachzuprüfen; speciell ob der mittlere Localisationsfehler gleich derjenigen Entfernung ist, in welcher noch zwei Berührungen als eine empfunden werden (extensive oder Raum-Schwelle).

Um zunächst etwaige Gedächtnissfehler auszuschalten (bei nachheriger Bezeichnung der berührten Stelle auf der eigenen Haut), wählte H. die sinnreiche Methode, die Punkte, welche berührt worden waren, nicht auf die Haut selbst, sondern auf eine nebenliegende Photographie der betr. Extremität localisiren zu lassen und die Haut so lange zu berühren, bis die Stelle auf der Photographie bezeichnet war, was ca. 5 Minuten dauerte. Gewählt wurde zunächst die Dorsalseite der Hand und der Finger. Hierbei fand sich nun überraschender Weise, dass alle 3 Versuchspersonen die Neigung hatten, empfundene Berührungen immer mit einem gewissen mittleren Fehler nach einer bestimmten Richtung zu verlegen und zwar auf der 2. und 3. Fingerphalanx näher nach der Fingerkuppe, sonst immer näher nach den Gelenkfalten zu. Die Fehler werden um so kleiner, je näher dem Gelenke die Berührung geschieht und sind natürlich in der Mitte zwischen 2 Gelenken am grössten.

Die Localisationsfehler betragen für die Mitte der 1. und 2. Phalanx 8—10 mm, auf dem Gelenk zwischen beiden und der 3. Phalanx 2–3, auf der Flexionsseite des Unterarms beträgt der Fehler nicht über 40 mm, auf dem Ellenbogengelenk nicht über 5 mm, in der Gegend des Handgelenkes variirt er von 4—40 mm.

Unverhältnissmässig kleiner (und auf den Fingern fast verschwindend) sind die Fehler in der Querrichtung des Gliedes.

Wenn nun die Localisationsfehler gleich der Raumschwelle wären, so müssten auch hier beträchtliche Fehler vorkommen, vor allem aber müssten Fehler in beiden Richtungen, in proximaler und distaler, vorkommen und nicht nur immer nach den Gelenkfalten zu.

Obige Grössen sind also nicht identisch und gegebenen Falles für sich zu bestimmen. Der Localisationsfehler entstehe dadurch, dass wir jede

Berührung auf fixe Punkte der Haut, an den Gliedern die Gelenke, beziehen, ihre Entfernung aber von diesen immer geneigt sind, zu klein zu schätzen.

Trömner-Heidelberg.

---

157) **A. Onodi** (Budapest): Die Phonation im Gehirn.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 48.)

Die zahlreichen an Hunden ausgeführten Experimente ergeben, dass ausser dem von Krause entdeckten Rindencentrum, von dessen Vorhandensein sich auch O. überzeugte, im Hirnstamm noch ein zweites Centrum vorhanden ist. Dasselbe wird durch ein 8 mm langes Hirngebiet gebildet, welches vorn durch eine die hinteren von den vorderen Vorhügeln trennende Querfurche begrenzt wird, also die hinteren Hügel und den entsprechenden Theil des Bodens der Rautengrube in sich begreift. Das Intactbleiben dieses Gebietes ermöglicht die Stimmbildung und Näherung der Stimmbänder, wenn auch oberhalb desselben jede Verbindung mit dem Gehirn und den Hirnganglien durchschnitten ist, während mit der Läsion oder Ausschaltung dieses Gebietes die Stimmbildung aufhört; im letzteren Falle treten nur die Inspirationsbewegungen der Stimmbänder (durch die selbstthätige Function der Vaguskerne) ein. Die Beobachtung Massini's, dass schwache Reizung des einen Rindencentrums eine Annäherungsbewegung der Stimmbänder an der entgegengesetzten Seite auslöst, konnte O. nicht bestätigen. Die Exstirpation der Rindencentra hindert die Stimmbildung und normale Bewegung der Stimmbänder nicht.

Die Beziehungen der Rindencentren zu dem neu gefundenen Centrum und zu den Vaguscentren, sowie Verlauf und Anordnung der Nervenfasern in diesen Centren sollen den Gegenstand weiterer Untersuchungen bilden.

Hoppe.

---

158) **W. Vierhuff**: Ueber doppelseitige absteigende Degeneration nach einseitigen Hirn- und Rückenmarksverletzungen.

(Inaug. Dissert., Dorpat 1894.)

Unverricht hatte die Beobachtung gemacht, dass beim Hunde das Platysma myoides und die Rumpfmuskeln von derselben Hemisphäre aus innervirt werden und daraus den Schluss gezogen, dass eine doppelte Kreuzung der Fasern stattfinden müsse. Vierhuff hat diese Versuche wiederholt und durch histologische Untersuchungen eine weitere Stütze für diese Anschauung geliefert. Nach einseitigen Auslöffelungen des Gyrus sigmoides wie auch nach halbseitigen Durchschneidungen des Rückenmarkes fand er bei Hunden stets eine doppelseitige absteigende Degeneration in beiden Pyramidenseitenstrangbahnen. Die Degeneration zeigte zwischen der rechten und linken Seite bedeutende Unterschiede. Nach einer linksseitigen Rückenmarksdurchschneidung war die linke Pyramidenstrangbahn fast gänzlich degenerirt, während die rechte Pyramidenstrangbahn zum grösseren Theile normale Nervenfasern enthielt. Die Pyramidenvorderstrangbahnen waren an keiner Stelle degenerirt, woraus anzunehmen sei, dass der Hund keine Pyramidenvorderstrangbahn besitze.

Behr.

---

b) Specielle Pathologie.

1) Gehirn und Rückenmark.

159) **Paul Sérieux**: Sur un cas d'agraphie d'origine sensorielle avec autopsie.

(Mém. de la Société de Biologie, 5. Dec. 1894.)

S. konnte an einer 62 Jahre alten herzschwachen Frau eine Reihe von Störungen beobachten, die durch die Section eine sehr interessante Erklärung erfuhren.

Schon 1888 hatte ein Schlag auf den Kopf (Ort nicht angegeben) vorübergehende Lähmungen und Gesichtsstörungen (Personenverkennung, Objectverzerrung, Astereoscopie) zur Folge.

Im Herbst 1890 folgten mehrere apoplectiforme Anfälle mit Lähmungen, Zuständen von Verwirrtheit mit Gesichtsillusionen und Gehörshallucinationen und kurzer Depression. Im December 1890 besserte sich plötzlich der psychische Zustand und es trat eine deutliche Seelenblind- und -Taubheit mit partieller Aphasie-Paraphasie und Agraphie — ohne sonstige motorische Lähmungen — hervor. Die Kranke fand ihre Umgebung verändert, verzerrt, gebrauchte Objecte falsch, fand Namen entweder nicht oder falsch (flûte statt plume, fringate statt cravatte, tréré statt tiroir etc.) und brachte beim Versuch zu schreiben nur n, r und e undeutlich heraus. Nach langsamem Schwinden der sensorischen Symptome, während Paraphasie und Agraphie bestehen blieben, trat im April 1891 ein neuer Anfall auf, dem bald der Tod (durch Pneumonie) folgte.

Bei der Section fanden sich ausser leichter Leptomeningitis erweicht: Links der gyr. angularis, der vordere Theil des unteren parietalis und der hintere des 1. Temporalis, rechts — in einem Herde — der hintere Theil des unteren gyr. parietalis, der hintere des 2. Temporalis und der gyr. marginalis; dazu noch ein 5 Frankstück grosser Herd im linken Occipitalmarke, der bis an die Ventrikelwand heranreichte.

Intact hingegen war das Vorderhirn, insonderheit motorisches Sprach- und Schreibcentrum: also Aphasie und Agraphie bei Intactheit der motorischen, bei Zerstörung nur der entsprechenden sensorischen Rindenfelder (gyrus angularis und Wernicke's Feld links ganz, rechts zum Theil). Also ein Beweis, dass der Weg zu diesen motorischen Feldern nicht direct vom sogen. „Begriffscentrum" her, sondern über die entsprechenden sensorischen Felder führt.

Allerdings könnte es nach S. auch Leute geben, die wesentlich mit Hülfe der Wort- und Schriftbewegungsbilder arbeiten; bei diesen würden dann die beschriebenen Defecte vielleicht keine Agraphie und Aphasie nach sich ziehen (Types visuels, auditif, moteur).

Trömner.

---

160) **A. Roncoroni**: Le lesioni delle aree corticali estrarolandiche come causa dell'epilessia.

(Giornale delle reale accademia di Medicina di Torino. Vol. XLI, Heft 3.)

Im Gegensatz zu anderen Autoren, welche die epileptischen Anfälle von den motorischen Regionen der Hirnrinde herleiten, glaubt R. bemerkt

zu haben, dass noch häufiger Läsionen der „extrarolandischen“ Hirnregionen (vornehmlich des Stirnhirns) als Ursache der Epilepsie gefunden wurden.

Als Beispiele werden zunächst 2 Fälle eigener Beobachtung angeführt: Der erste bekam nach einem Fall auf den rechten Stirnhöcker Anfälle mit Trismus, Speichelfluss, stertorösem Athmen; der zweite zeigte nach einem Schlag gegen die Stirn reguläre Anfälle, denen Delirien mit schreckhaften Hallucinationen und Gewaltthaten vorausgingen oder folgten, und zwar um so heftiger, je geringer die eigentlichen Krämpfe waren.

Parallel diesen selbst beobachteten werden noch aus der Litteratur 6 Fälle von Epilepsie auf Grund von Läsionen des Stirnhirns, zum Theil traumatischer (Fall Fiordispini und Algeri), zum Theil porencephalitischer (?) Natur (Fall Settembrini und Gensen) angeführt, von denen übrigens zwei noch aus anderen Gründen interessant sind, nämlich Fall Sighicelli, ein imbeciller Epileptiker, der durch eine Paralyse endete und Fall Fiordispini, dessen Patient den drehenden Anfall durch Druck auf seine Stirnnarbe, unter der der Knochen fehlte, cupiren konnte.

Zur Erklärung der sich aus den angeführten Fällen ergebenden Beziehung zwischen Stirnhirnläsion und Epilepsie nimmt R. an, dass das Stirnhirn einen hemmenden (= dämpfenden, = erregbarkeitsherabsetzenden) Einfluss auf die rein motorischen Hirntheile besitze, dessen Vernichtung also erhöhte Erregbarkeit der Centralwindungen nach sich ziehen würde. Da diese hemmende Potenz des Stirnhirns aber auf der Intactheit aller übrigen Hirntheile beruhe, so könne auch Läsion anderer „extrarolandischer“ Hirntheile direct eine Beeinträchtigung des Stirnhirns und indirect Erregbarkeitserhöhung der Centralwindungen zur Folge haben. Letztere Hypothese fügt auch Fälle von Epilepsie nach Läsionen des Occipital- und Temporalhirns („retrorolandischer“ Hirntheile) in R.'s Theorie ein.

Die hierzu als Beispiele angeführten Fälle (Bourneville und Bricon, Sighicelli und Tambroni, Zohrab, Seguin) sind aber durchaus unrein (Entwicklungshemmungen, gleichzeitige Verletzung des Stirnhirns etc.) und beweisen für die Abhängigkeit von Epilepsie von Läsionen des Hinterhirns (bei Intactheit des übrigen Hirns) nichts.

Zur Erhärtung seiner Ansicht machte R. nun noch Versuche an 2 Hunden und 2 Meerschweinchen, die ergaben, dass 1. epileptische Krämpfe, die bei electrischer Reizung der motorischen Hirntheile eintraten, ausblieben, wenn gleichzeitig das Vorder- (Hund) oder Hinterhirn (Meerschweinchen) gereizt wurde; 2. dass nach Zerstörung des Vorder- oder Hinterhirns (durch Thermocauter!) zunächst überhaupt kein Anfall zu erregen war; 3. dass einige Zeit nach der Zerstörung beim ersten Hunde sich spontane Krämpfe einstellten. Ob letztere Erscheinung aber wirklich nur auf Fortfall der Hemmung von den extrarolandischen Hirntheilen her beruht, ist zweifelhaft, da die Operationen nicht aseptisch verlaufen zu sein sein scheinen. Thatsache 2 ist völlig incommensurabel, da das Hirn höchst untechnisch vorher mit dem Brenneisen behandelt wurde. Thatsache 1 stützt dagegen zuverlässig R.'s Annahme.

Schliesslich rechtfertigen R.'s Schluss, dass die Epilepsie auf einer Functionsherabsetzung der höheren hemmenden Centren

welche die niederen „automatischen“ im Zaume zu halten bestimmt sind, beruht, noch folgende Beobachtungen:

1. Häufigkeit der E. bei Individuen mit geistigen Defecten (bei Idioten, Idioten, Microcephalen etc).
2. Formen der E., die nur in vorübergehenden Lähmungen der höheren psychischen Potenzen beruhen (Zornausbrüche, Absences).
3. E. durch Stoffe, die gerade die höheren Vermögen vergiften (Alcohol, Morphium, Cocain).
4. Häufigkeit der E. bei Degenerirten.

Trömner.

161) **Tedeschi** (Siena): La gliosi cerebrale negli epilettici.

(Riv. sperim. di fren., XX, pg. 332, 1894.)

Eine 28jährige geisteskranke Epileptische stirbt an Phthise. Die Section ergiebt in den Hirnhemisphären über die Oberfläche beiderseits zerstreut etwa 20 Stellen, an denen die Hirnwindungen abnorm voluminös erscheinen, chagrinirt sind, sich fester anfühlen; die Schnittfläche zeigt, in die Marksubstanz eingelagert, Flecken mit grauer, an die Rinde grenzender Peripherie, mit einer darunter liegenden helleren Zone und ziemlich intensiv rothem Centrum. Microscopisch erscheinen diese indurirten Stellen zusammengesetzt aus Neurogliazellen, sehr wenigen, zumeist degenerirten Nervenfasern und aus grossen Zellen, Durchmesser bis 54 μ, von der Form von Ganglienzellen, mit verzweigten Ausläufern. T. erinnert an ähnliche Befunde von Chaslin und an das mehrfach beschriebene Vorkommen neugebildeter Ganglienzellen in Gliomen. Kurella.

162) **A. Pitres**: Accidents cérébraux dans le cours de la blennorrhagie.

(Revue neurologique Nr. 15, 15. August 1894.)

Anknüpfend an die Mittheilungen, welche Tambourer in der Moskauer Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie über gonorrhoische Affectionen des Nervensystems machte, berichtet P. über 2 hierher gehörige Fälle.

Beobachtung I. Ein 59jähriger Mann L. trat am 31. Mai 1886 in das Hospital für Geschlechtskranke in Bordeaux wegen einer acuten Gonorrhoe ein. Am nächsten Tage schmerzhafte Anschwellung des rechten Hand- und Ellenbogengelenkes. Am gleichen Tag wird der Kranke von einem apoplectischen Insult heimgesucht, was dessen Ueberführung in das Hospital Saint André zur Folge hat. Am 1. Juni wird eine rechtsseitige vollständige Hemiplegie mit Aphasie constatirt. Hand- und Ellenbogengelenk rechts noch geschwollen und schmerzhaft, desgleichen das rechte Kniegelenk. Sehr reichliche eitrige Absonderung aus der Urethra. Am 25. Juli wird der Kranke von epileptiformen Attaquen von Jackson'schem Typus ergriffen und geht zu Grunde.

Bei der Autopsie fand sich in der linken Grosshirnhemisphäre ein ausgedehnter Erweichungsherd im Gebiet der Art. fossæ Sylvii, welcher das mittlere Drittel des Gyr. front. I, das untere Viertel des Gyr. front. II, den Fuss des Gyr. front. III, die untere Hälfte des Gyr. centr. ant. und das untere Viertel des Gyr. centr. post., die ganze Insel und fast die ganze Ausdehnung der beiden ersten Gyr. tempor. einnahm. Die übrigen

Theile des Grosshirns sind normal; keine Atheromatose der Arterien. Ein kleiner Abscess in der rechten Niere; Herz und Aorta normal.

Beobachtung II. 24jähriger Mann J. M., Soldat, erwirbt 1883 zum 1. Male, November 1885 zum 2. Male eine Gonorrhoe, welch' letztere 5 Wochen währte. Er war noch nicht ganz geheilt, als er eines Morgens beim Aufstehen sich ganz betäubt fühlte; er war jedoch im Stande, sich anzukleiden und wollte im Kasernenhof sich den Kopf kühlen, als er halbseitig (links) gelähmt zu Boden sank. Die Hemiplegie besserte sich ziemlich schnell, so dass der Patient einige Wochen später sich seiner linken Hand bedienen und ohne erhebliche Schwierigkeiten gehen konnte Bei der Untersuchung am 22. Juni 1886 fand sich noch eine leichte Asymmetrie im Gesichte, etwas Ungeschicklichkeit in den Bewegungen der linken Hand, deutliche Steigerung des Kniephänomens links und Fussclonus auf der gleichen Seite. Herz normal, keine Atheromatose der peripheren Arterien.

Dass in den vorstehenden Fällen die Gonorrhoe Ursache der Hemiplegie war, nimmt P. nicht ohne Weiteres an; er erachtet vielmehr weitere Beobachtungen zur Entscheidung der Frage von Zusammenhang von Gonorrhoe und Gehirnerweichung für erforderlich. L. Löwenfeld.

---

163) **M. Popow:** K histologii mnozhestwennowa sklerosa. (Zur Histologie der multiplen Sclerose.)

(Kowalewsky's Archiv 1894, Bd. 24, Nr. 1.)

P. hat im Laboratorium von Flechsig 4 Fälle von multipler Sclerose untersucht. Er giebt folgende Schilderung: Das histologische Bild fällt verschieden aus, je nachdem es sich um mehr acut binnen 2—3 Jahren, oder um in 15 und mehr Jahren verlaufende Fälle handelt. Der specifische Process besteht nicht in Gliawucherung, sondern in Veränderungen der Nervenfasern, die zusammen mit den Axencylindern der Degeneration verfallen. Als Quell des Processes erscheinen die Gefässe, in sclerosirten Herden sind sie am meisten verändert, und das Centrum jedes Herdes bildet allemal ein erkranktes Gefäss; die Gefässwand ist mit Rundzellen infiltrirt und verdickt, manchmal bis zum Verschwinden des Lumens. Die Auswanderung von Rundzellen in die Umgebung der Gefässe ist die wesentlichste Ursache der Degeneration nervöser Elemente; in den acuteren Fällen ist diese Infiltration in die Umgebung der Gefässe stürmisch, in chronischen Fällen nur im Centrum des Herdes erheblich.

Die Veränderungen der Nervenfasern bestehen zunächst darin, dass sie rauh und geschlängelt erscheinen, die Axencylinder kolbenartige Anschwellungen zeigen, zwischen denselben sich verdünnen; es entsteht so ein characteristisches Bild, man sieht eine Menge kleiner sphärischer Körper mit dünnen kurzen Fortsätzen an beiden Polen, entsprechend den Aufblähungen der Axencylinder, die die Continuität mit dem Verlauf der Faser verloren haben.

Nerven- und Neurogliazellen, von denen P. nur im Vorübergehen spricht, verfallen der Atrophie oder verschwinden ganz; die meiste Resistenz zeigen die Neurogliafasern. An einzelnen Stellen sieht man an Stelle eines sclerotischen Herdes nur Zerfallsproducte, in Form einer mehr oder weniger feingekörnten Substanz.

Man muss dieser nur auf anatomische Zustandsbilder begründeten Theorie des sclerotischen Processes die allgemeine Bemerkung entgegenhalten, dass doch nach aller Analogie die Rundzellen-Infiltration nicht den Ausgangspunkt des Processes, sondern sein Endstadium bezeichnet; die Infiltration bedeutet hier dann nur die Aufsaugung und Fortschaffung necrotischen Nervengewebes, dessen Absterben durch Erkrankung multipler Neuronengruppen bedingt ist.

Kurella.

164) **Charles W. Burr**: A contribution to the pathology of Friedreich's Ataxia.

(University Med. Magazine, June 1894.)

An einem typischen, mit allen legitimen Symptomen versehenen Fall von Friedreich'scher Tabes (ausser vielleicht frühzeitig auftretenden Parästhesieen) fand B. ein schmales, härter anzufühlendes Rückenmark mit Sclerose der Hinterstränge, zumeist der Goll'schen, ausser dem Grenzstreifen gegen die Hinterhörner und dem auch gegen die tabische Sclerose meist geschützten ventralen Felde, ferner der Kleinhirnseitenstränge, der Pyramidenseiten- und -Vorderstränge. Die Degenerationen reichten über das ganze Mark; nur im Lendentheile waren ausschliesslich Hinter- und Pyramidenseitenstränge betroffen. Ausserdem zeigte sich Degeneration der hinteren Wurzeln und Zellentartung, mässig in den Hinterhörnern, ausgesprochen in den Clarke'schen Säulen.

Die Befunde sind also derart, wie sie jetzt als characteristisch für die Friedreich'sche Tabes anerkannt werden.

Bezüglich der Pathogenese schliesst sich B. Gowers' Meinung an, dass das betr. Rückenmark eine congenitale (nicht hereditäre!) Neigung zur Rückbildung hat, weil ihm gleichsam eine kürzere Lebensdauer als anderen Körpergeweben bemessen ist.

Trömner.

165) **Hektoen** (Chicago): Amyotrophic lateral sclerosis with bulbar paralysis and degeneration in Goll's columns: a contribution to the pathology of the primary combined system diseases.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1885, Nr. 3, März.)

Ein im Jahre 1828 geborener Landarbeiter mit negativer Familien- und persönlicher Geschichte hatte in den Jahren 1875—1887 von Zeit zu Zeit ganz plötzlich sich einstellende, nur kurz anhaltende Anfälle von Bewusstlosigkeit; nur ein einziger Anfall war durch Spasmen, die vom Kopf aus nach der rechten Seite sich zogen, ausgezeichnet. Im Juli 1887 (62 Jahre alt) stellten sich Schwäche und Gehstörungen ein; Schmerzen, Steifigkeit und Anschwellung am linken Fuss traten bald hinzu. Diagnose damals auf chron. Muskelrheumatismus gestellt. Bald wurden darauf die Arme und Hände schwach und dünn; es zeigten sich Störungen beim Schlucken, Kauen und Sprechen. Im März 1889 Diagnose auf amyotrophische Lateralsclerose gestellt, da deutlich vorhanden waren: Spastische Parese in den Extremitäten, erhöhte Reflexe, Muskelatrophie (besonders in den Handmuskeln) und Entartungsreaction, zugleich deutliche Bulbärsymptome, wie Dysarthrie, Schlingbeschwerden, Zungen- und Kaumuskelparese etc. Ende 1889 wurde der Gang zur Unmöglichkeit. Die allgemeine Hilflosigkeit nahm zu, so dass von September 1890 an der Kranke fest zu Bett liegen

musste. Die spinalen und bulbären Erscheinungen waren jetzt zur Evidenz ausgesprochen. Ausser den schon angeführten Symptomen waren noch vorhanden: Facialisparese, Abnahme der Geschmacksempfindung auf der linken Zungenhälfte, Stimmbandlähmung, Atrophie mit Parese und Contractur der Zunge. Seit September 1890 liess sich ferner nachweisen eine ziemlich symmetrische Anästhesie in den Extremitäten (partiell in den Beinen und Füssen und im linken Ulnarbezirk, ziemlich vollständig in der Ausdehnung des rechten Ulnaris). Diese Anästhesie verschwand allmählig wieder bis November 1890. Gleichzeitig fiel der partielle Verlust der Controlle über den Sphincter ani auf; ganz allmählich stellten sich persistirende Schmerzen im rechten, dann im linken Vorderarm und schliesslich in den Unterextremitäten ein. Mai 1891 liess sich Verlust der Empfindung für Berührung, Schmerzen und Temperatur an Rumpf und Gliedmaassen nachweisen. November 1891 unfreiwilliger Abgang der Fæces. An den Augen die Bewegungen des Bulbus ruckweise ausgeführt, concentrische Gesichtsfeldeinengung. Von dann an Zunahme aller Erscheinungen, verlangsamte Schmerzleitung. Februar 1892 deutliche Cachexie; Albuminurie, Incontinenz, keine Unterscheidung im Geschmack, allenthalben Contracturen, Atrophie des Trapezius und Sterno-cleido-Mastoideus. Anfang März deutliche Verlangsamung der Gefühlsleitung. Am 23. März 1894, d. i. 4 Jahre 8 Monate nach Beginn der ersten Erscheinungen am motorischen Apparat Tod.

Sectionsresultat: Primäre, chronische Degeneration in den indirecten motorischen Neuronen (nach Kölliker), im Besonderen Veränderungen in der Rinde der Centralwindungen; ferner Degeneration der Pyramidenstränge von der inneren Kapsel abwärts. Aehnliche Veränderungen in den directen motorischen Neuronen, namentlich Atrophie von deutlicher Ausdehnung in den Bulbärkernen und in den Vorderhörnern; Degeneration in den bulbären Nerven, in den vorderen Spinalwurzeln und in den gemischten Spinalnerven, in der Cauda, dem Medianus- und Ulnarisnerven; Atrophie in der Muskulatur der Zunge, des Larynx und des Pharynx (die übrigen Muskeln nicht untersucht). Ferner fanden sich ganz identische Läsionen, wenn auch von geringerer Ausdehnung, in den directen sensorischen Neuronen: Veränderungen in den Ganglienzellen der Spinalganglien, Degeneration in den hinteren Spinalwurzeln und in den Goll'schen Strängen; auch Veränderungen in den sensiblen Wurzeln und dem sensiblen Aste des linken Trigeminus. In den indirecten sensorischen Neuronen zeigten sich leichte Veränderungen in den Clarke'schen Säulen, aber ohne Degene-ration in den directen Cerebellartrakts. Schliesslich noch leichte Ver-dickungen der Spinalpia und ihrer Gefässe.

H. schickt seiner Beobachtung eine Erörterung über die Bedeutung der Neuronentheorie für die Erklärung pathologischer Processe, im Besonderen der sogenannten primären Systemerkrankungen, sowie eine Analyse der bisher publicirten Fälle von combinirten Systemerkrankungen voraus.

Buschan.

---

166) **Pellizzi** e **Tirelli:** Sull'etiologia della pellagra in rapporto alle sostanze tossiche prodotte dai microorganismi del maiz guasto.

(Turin 1894.)

Dass bei der Entstehung der Pellagra Microorganismen im Spiele sind, ist mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen. P. und T. unterzogen im vergangenen Jahre eine Anzahl suspekter Maisproben von 1892 und 1893 einer bacteriologischen Untersuchung. Ausser dem Nachweise der Anwesenheit verschiedener Hypho-Blasto- und Schizomyceten und des Paltauf'schen Bacillus, welche sämmtlich zur Erklärung des Krankheitsbildes der Pellagra nicht genügen, gelang die Isolirung von weiteren zehn Microben (sechs Bacillen- und vier Kokkenarten, die sich constant bei stärker verdorbenem Mais vorfinden, besonders bei feuchtem Zustande desselben, während ganz trockenes Mais, selbst wenn es stark angegriffen erscheint, nur eine geringe Entwicklung von Microorganismen geben soll. Die Kokken und die eine der Bacillen scheinen keine directe Beziehung zur Pellagra zu besitzen. Von den anderen Bacillen sind es besonders zwei fluorescirende Arten, welche bei den angestellten Thierversuchen eine stark toxische Wirkung entfalteten. Nach ihren biologischen Eigenschaften gehören sie zu den Fäulnissbacterien. Ihre Toxine verschulden nach Ansicht der Verfasser die Symptome der Pellagra. Am wirksamsten sind ihre Producte im Frühjahr, in welcher Jahreszeit bekanntlich auch die Pellagra am heftigsten auftritt.

Die Thierversuche wurden in der Weise angestellt, dass Kaninchen und Hunde intravenöse oder subcutane Injectionen von einer vorher sorgfältig bacillenfrei gemachten Toxinlösung erhielten.

Beim Kaninchen zeigte sich nach einer einmaligen subcutanen Injection von 3—4 ccm pro kgr leichte Paraparese, Temperaturerhöhung von 1—2°, Mangel an Fresslust; bei intravenöser Einspritzung wurden diese Erscheinungen stärker. Bei mehrere Tage lang fortgesetzter Anwendung ergab sich Erhöhung des Muskeltonus und der Sensibilität, tonisch-clonische Krämpfe, tetanoide Zustände, zuletzt allgemeine Muskelerschlaffung und Tod.

Die subcutan ausgeführte Injection beim Hund (1—3 ccm pro kgr) gab constant folgende Resultate: 1—2 Stunden nachher Müdigkeit, spastische Parese der hinteren Extremitäten, dann comatösen Zustand, Contracturen der Glieder, diffusen fibrillären Tremor, Fehlen der Reflexe, Temperatur 40—41°, kleinen frequenten Puls, Stextor, Salivation. Von diesem Zustande erholte sich das Thier allmählich in etwa drei Tagen bis auf die Parese der Hinterbeine, welche erst nach 8—12 Tagen vollkommen schwand. Bei intravenöser Injection erfolgt schon von ca. 2—3 ccm pro kgr ab der Tod unter comatösen Erscheinungen. Bei dieser Application traten die spastisch-paretischen Symptome mehr in den Hintergrund, der psychisch-motorische Factor ist dagegen ausgesprochener. Die Section ergiebt subpleuritische Hämorrhagien und starke Injection der Malpighi'schen glomeruli.

Bei fortgesetzter subcutaner Injection geringer Mengen (2—3 ccm) erhält man eine Gewöhnung der Versuchsthiere dergestalt, dass sie nach 6—8 maliger Einspritzung keine deutlichen Symptome mehr zeigen. Wurden stärkere Dosen angewandt, so entstanden gewöhnlich diffuse Phlegmonen,

so dass über die Wirkung der Maisbacillentoxine kein klares Urtheil mehr zu gewinnen war.

Weitere Untersuchungen über die experimentelle Erzeugung einer chronischen Vergiftung sind im Gange. Jentsch-Berlin.

167) **D. Gerhardt:** Ueber das Verhalten der Reflexe bei Querdurchtrengung des Rückenm'rkes.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. VI, H. 2.)

Während man früher als vollkommen sicher annahm, dass bei Querdurchtrennung des Rückenmarks oberhalb der Reflexbögen die Reflexe gesteigert seien, haben sich in neuerer Zeit Beobachtungen gemehrt, dass bei vollständiger Durchtrennung der Med. opinalis die Reflexe aufgehoben sind und dass sie nur dann weiterbestehen und gesteigert sind, wenn die Durchtrennung keine ganz vollständige ist.

G. beschreibt einen Fall, bei dem während der 4 ersten Jahre der Krankheit Haut- und Sehnenreflexe stark gesteigert waren; Blase und Mastdarm waren gelähmt, Cremaster und Bauchdeckenreflex fehlten constant. Während des letzten halben Jahres nahmen die Sehnenreflexe ab und konnten bald gar nicht mehr ausgelöst werden, die Hautreflexe änderten sich nur in qualitativer Beziehung, die Zuckungen wurden deutlich träge, ähnlich wie bei E a R, quantitativ blieben diese Reflexe erhöht. Entartungsreaction stellte sich dagegen nie ein, sondern die Erregbarkeit für den faradischen und galvanischen Strom nahm ständig ab und verschwand schliesslich. Pat. erlag einem Erysipel.

Bei der Obduction zeigte sich am 5.—6. Brustwirbel eine Compressionsmyelitis, durch die das Rückenmark auf eine $3^1/_2$ cm lange Strecke in ein dünnes grau durchscheinendes Band verwandelt war. Die Rückenmarksnarbe war nur von Dura und Arachnoidea gebildet, keine Nervenfasern mehr darin erhalten.

G. wendet sich gegen die Bastian'sche Lehre, nach der bei völliger Durchtrennung des Markes die Reflexe regelmässig verloren gehen, und gegen die Jackson'sche Hypothese, dass zum Zustandekommen der Reflexe eine vom Kleinhirn ausgehende Beeinflussung des Reflexcentrums nothwendig sei. In G.'s Fall lag eine völlige Durchtrennung des Rückenmarks vor und lange schon waren die übrigen Erscheinungen stationär geworden (sensible und motorische Lähmung, Blasen- und Mastdarmlähmung) als erst die Reflexe zu erlöschen begannen. G. bringt vielmehr das Erlöschen der Reflexe mit den secundären Gelenkveränderungen und der secundären Degeneration der Muskeln in ursächlichen Zusammenhang.

Dass in den Bastian'schen Beobachtungen die Reflexe fehlten, erklärt er durch die Annahme, dass die Hemmung der Reflexe Folge einer vom Degenerationsherd ausgeübten Reizes sein kann.

Dauber-Würzburg.

168) **Erb:** Ueber hereditäre spastische Spinalparalyse.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. VI, H. 2.)

E. theilt die Krankengeschichte zweier Schwestern (12 u. 10 Jahre alt) mit, in deren Familie seit 3 Generationen starke Inzucht besteht (3 Urgrossmütter

waren Schwestern). Eltern gesund und kräftig (keine Lues, kein Potatorium), 2 Brüder sind gesund. Das Krankheitsbild der beiden Kinder kann nicht anders wie als spastische Spinalparalyse gedeutet werden; Myelitis transversa, Friedreich'sche Ataxie, cerebrale Erkrankung kann ausgeschlossen werden. E. hält es bei den vorliegenden Fällen für wahrscheinlich, dass eine Degeneration der Pyramidenseitenstränge in der unteren Rückenmarkshälfte vorliegt, dabei mag die Frage offen bleiben, ob dieselbe nicht doch von einer mangelhaften Thätigkeit und Leistung der trophischen Zellen im Gehirn (bezw. des ganzen motorischen Neurons II. Ordnung) abhängt, also in diesem Sinne secundär ist. Es könnte sich dabei um eine functionelle Störung des ganzen Neurons, um eine Functionsschwäche desselben, bezw. der dasselbe bildenden Zelle handeln, die jedoch zunächst ihren anatomischen Ausdruck nur in den distalen, am meisten entfernten Abschnitten des Nervenfortsatzes findet. Dauber.

---

169) **Savary Pearce** (Philadelphia): Locomotor ataxia, sudden onset. and unusual symptoms; posterior sclerosis of similar symptomatology in patient's wife.

(Journ. of nerv. and ment. disease 1895, Nr. 1.)

51jähriger Mann, der von robusten Eltern abstammen und sich bis dahin einer guten Gesundheit (auch keine Lues) erfreut haben will, verspürte plötzlich bei der Arbeit einen leichten Schwindel und 5 Minuten später Doppelsehen, das fortan bestehen blieb. Sonst keine unangenehmen Wahrnehmungen. 2 Tage später zeigten sich Parästhesien am Anus, Scrotum und an der Glans penis. Darm- und Harnentleerung normal. Nach weiteren 3 Tagen fiel dem Kranken eine geringe Schwäche in den Knieen und leichte Ungeschicklichkeit beim Gehen auf. Nach 5 Tagen Ruhe wurde ihm am Abend beim Zubettgehen plötzlich schwarz vor den Augen; daran schloss sich ein Gefühl von Hitze und Zittern an einer bestimmten Stelle des Nackens und der Puls wurde unzählbar. Bald begann er noch am ganzen Körper zu zittern und Herzbeklemmung zu empfinden. Der ganze Zustand hielt 5 Minuten an und wiederholte sich am Abend noch zweimal. Die Nacht war gut. Am anderen Morgen bemerkte Patient, dass er beim Gehen auf Steinen das Gefühl habe, als ob er über einen Teppich ginge. In den nächsten Tagen stellte sich ein Gefühl von Steifheit an verschiedenen Körpertheilen ein; jedoch bestand keine Unsicherheit beim Gehen im Dunkeln. Nach 2 Wochen endlich verspürte der Kranke zum ersten Male wirkliche Schmerzen, wie die einer Krise, ein scharfes Zwicken, das in das linke Hypochondrium und in die linke Wade ausstrahlte.

Status präsens: Kräftiger, gesunder Mann, dessen Innenorgane nachweislich gesund sind. — Stehen bei offenen Augen sicher; sichtliches Schwanken bei geschlossenen. Kniephänomen nicht zu erzielen. Kein Fussclonus oder Achillessehnenreflex. Bauch- und Hodenreflex vorhanden, desgleichen Unterkieferphänomen. Die Reflexe an den oberen Extremitäten sind ein wenig gesteigert. Sensibilität in jeder Hinsicht normal. Hände nicht ataktisch. Gang ein wenig unsicher, indessen keine ausgesprochene Ataxie. Pupillen reagiren prompt auf Licht und Accomodation. Augenhintergrund normal. Paralyse beider mm. rect. extern.

Die Frau des Kranken leidet gleichfalls an einer Sclerose der Hinterstränge, die einen ähnlichen Verlauf genommen hat. (Beginn vor 20 Jahren mit plötzlicher Diplopie.)

Die Behandlung des Mannes hat bestanden in Massage und Sublimat (3mal täglich $^1|_{20}$ gran). Ausserdem hat er bisher 4 Einspritzungen Brown-Séquard'scher Hodenflüssigkeit erhalten, nach denen er sich jedesmal „verjüngt" fühlt. Auch behauptet er, dass er bereits seine Glieder besser in der Gewalt habe. Mit Recht betont Verf., dass man erst 4 Wochen später von dem therapeutischen Werthe dieser Methode sprechen könne. Er selbst habe schon in einem anderen Falle von Tabes gute Resultate gesehen.

Buschan.

---

170) **Charles Dana**: A case of gliomatosis of the spinal cord (and syringomyelia) with recurrent hæmorrhages.

(Journ. of nerv. and ment. disease. 1894, Nr. 9.)

35jähriger Mann aus gesunder Familie und mit gesunder Vorgeschichte verspürte 15 Monate vor seiner Aufnahme zum allerersten Male dumpfe, zeitweilig auch schneidende Schmerzen im rechten Beine längs des Verlaufes des Cruralis. Das Bein wurde bald schwerfällig und steif. Nachdem die gleichen Erscheinungen sich auch auf dem linken Beine gezeigt hatten, trat plötzlich (nach 12monatlichem Bestehen des Leidens) eine Paraplegie der unteren Extremitäten ein. Wegen Verdachts auf Rückenmarkstumor wurde der Kranke darauf ins Bellevue-Hospital aufgenommen. Hier ergab sich bei der Untersuchung folgender Status:

Patellarreflexe bedeutend gesteigert, Beine schwach und steif. Besonders rechts waren die Erscheinungen stärker ausgeprägt. Anästhesie, hauptsächlich auf dem rechten Beine und bis zur Höhe des 12. Rückenwirbels hinaufreichend. Geringe Blasenschwäche und Constipation; auch gelegentlich Verlust der Empfindung beim Uriniren. Leichtes Zucken besonders in den Muskeln des rechten Beines. Sonst nichts Abnormes. Keine Atrophie, keine ausgesprochene Ataxie. Sensibilität in allen ihren Formen erhalten. Normales Pupillenverhalten, keine Sehstörung, keine Störung in den Muskeln der Arme und des Gesichtes. Der Kranke bot somit das Bild einer Transversalmyelitis. — Die Erscheinungen blieben 2 Monate lang stationär. Nach Verlauf derselben kam der Kranke aus der Behandlung, stellte sich nach weiteren 9 Monaten aber wieder ein. Da nun zeigte sich eine totale Lähmung der Motilität und Sensibilität in beiden Unterextremitäten. Die Reflexe waren noch beträchtlich gesteigert. Es bestand Unvermögen zu uriniren und Verstopfung. Anästhesie rechts bis zum 12. Brustwirbel. Ausserdem sehr intensive paroxysmenartige Schmerzen in den Beinen bis zum Abdomen herauf und starker Kopfschmerz. Schlaflosigkeit. Dieser Zustand nahm rapide zu. Am 4. Tage verfiel der Kranke in Stupor und starb an Erschöpfung. Während der letzten 3 Tage hatte die Temperatur 101° F betragen, die übrige Zeit war sie normal geblieben.

Bei der Autopsie fand sich mit Ausnahme des Rückenmarksbefundes nichts auffällig Abweichendes. — In der Höhe des 8. dorsalen Segmentes zeigt die Medulla eine spindelförmige Volumenzunahme, die nach oben und unten zu noch gegen $2^1/_2$ Zoll lang hinausreichte. Die Dickenzunahme betrug etwa das Doppelte der Norm; sonst liess sich äusserlich

nichts Abnormes feststellen. Beim Einschneiden fand sich in dem Innern der Anschwellung ein solider Klumpen, der mit Hämorrhagieen durchsetzt war. Die microscopische Untersuchung des gehärteten und (mit Carmin, Hämatoxylin und Weigert'scher Lösung) gefärbten Stückes ergab beträchtliche Wucherung von gliomatösem Gewebe und in diesem kleine hämorrhagische Herde; den grössten Theil der spindelförmigen Anschwellung nahm indessen eine frische Hämorrhagie ein Unterhalb dieser Stelle war noch ein kleiner gliomatöser Herd vorhanden und zwar in dem Hinterstrange der rechten Seite an der Grenze des Hinterhornes. Diese Läsion sieht Dana für die Ursache der heftigen Schmerzen an, über die der Kranke beständig zu klagen hatte. — Ausserdem fand sich am afficirten Theile des Rückenmarkes eine secundäre Degeneration in aufsteigender und absteigender Richtung (Kleinhirnseitenstrangbahnen, Vorderseitenstrangbahnen).

Epicrise: Der Kranke hatte ein Centralgliom, das in Höhe des 9. oder 10. Dorsalsegmentes begonnen hatte; im späteren Stadium der Krankheit stellten sich Hämorrhagieen ein, die Paraplegie zur Folge hatten und sich schubweise wiederholten.

An diese Beobachtung knüpft D. den Wunsch, dass man an Stelle der zumeist üblichen Bezeichnung Syringomyelie lieber den Ausdruck Gliomatose gebrauchen sollte, weil dieser Krankheitsprocess das Primäre ist und die characteristischen Erscheinungen hervorruft, und nicht die Aushöhlung im Rückenmark, die oft auch gar nicht vorhanden oder nur angedeutet ist.

Buschan.

---

171) **G. Marinesco**: Contribution à la pathogénie des arthropathies neurospinales.

(Revue neurologique Nr. 14, 30. Juli 1894.)

Der Verfasser kommt auf Grund der gegenwärtig vorliegenden Beobachtungen und verschiedener Erwägungen hinsichtlich der Pathogenese der neurospinalen Arthropathien zu folgenden Schlüssen:

1. Das anatomische Substrat der nervösen Läsionen der neurospinalen Arthropathien ist die Veränderung der sensiblen Nerven an irgend einer Stelle ihres Verlaufes (Gelenkzweige, Nervenstämme, Hinterstränge).
2. Es sind die sensiblen, der Uebertragung der Tast-, Schmerz- und Temperatureindrücke dienenden Fasern, welche die grösste Rolle bei diesen trophischen Störungen der Gelenke spielen.
3. Der Mechanismus, durch welchen sie zu Stande kommen, ist ein Reflexmechanismus, welcher zum Ausgangspunkt die sensiblen Gelenknerven hat, welche durch Vermittlung der vasomotorischen Centren und Bahnen auf die Gelenkoberfläche wirken.
4. Wenn es sich lediglich um ungenügende sensible Reizung handelt, kommt es mehr zur atrophischen Form. Gesellt sich ein Compensationsmechanismus durch die intact verbliebenen Fasern hinzu, so hat man mehr die Erscheinung der Hypertrophie. Es ist zu berücksichtigen, dass der Sitz der Arthropathien und andere anatomische Verhältnisse, welche uns unbekannt sind, eine Rolle bei ihrer Entstehung spielen können.
5. Die Arthropathien der Hemiplegischen sind für uns keine direct trophischen Arthropathien. Sie werden veranlasst durch den mittel-

baren Einfluss des centralen Nervensystems (vasomotorische Störungen etc.) in Verbindung mit dem unmittelbaren Einfluss pathogener Agentien (Mikroben etc.). Die Symptome und die pathologisch-anatomischen Läsionen sind übrigens verschieden von denen der neurospinalen Athropathien. L. Löwenfeld.

---

172) **F. Lennmalm**: Om kombinerade skleroser i ryggmärgens bak-och sidosträngar. (Ueber combinirte Sclerosen der Hinter- und Seitenstränge des Rückenmarks.)

(Hygiea 1894, 56. Bd., S. 148 u. 209.)

Lehrreiche Uebersicht des jetzigen Standes unserer Kenntnisse der genannten Affectionen. Die Abhandlung, welche sich für ein näheres Referat jedoch nicht eignet, stützt sich auf zahlreiche Auszüge aus der Litteratur und 12 eigene Beobachtungen. Seinen Ausführungen legt der Verfasser folgende Eintheilung zu Grunde:

Combinirte Sclerosen der Hinter- und Seitenstränge des Rückenmarks

- A. Combinirte diffuse Rückenmarkssclerosen (vasculäre Sclerosen)
  - a) Auf arteriosclerotischen Gefässveränderungen beruhend,
  - b) auf syphilitischen Gefässveränderungen beruhend,
  - c) bei permiciöser Anämie] vorkommend,
  - d) mit unbekannter und wechselnder Aetiologie.
- B. Combinirte systematische Rückenmarkssclerose
  - a) hereditäre
    - 1. Friedreich'sche Ataxie,
    - 2. Strümpell's hereditäre spastische Spinalparalyse.
  - b) von Intoxicationen u Infectionen hervorgerufene
    - 1. Pellagröse systematische Sclerosen.
    - 2. Postsyphilitische system rosen.
  - c) mit unbekannter Aetiologie
- C. Combinirte Rückenmarkssclerosen mit gleichzeitigen diffusen und systemat. Affectionen

Koch (Kopenhagen).

---

3. Neurosen.

173) **L. Lévi**: D'une forme hystérique de la maladie de Raynaud et de l'érythromélalgie.

(Arch. de Neurol., XXIX, 95—97.)

In sehr ausführlicher und breiter Darstellung behandelt Lévi an der Hand von zwei mitgetheilten Krankengeschichten die Frage, ob es eine

Form der Raynaud'schen Krankheit und der Erythromelalgie giebt, die einen rein hysterischen Ursprung hat. Er bejaht diese Frage und führt des Näheren aus, wie diese rein hysterische Form entsteht bezw. anfallsweise wieder auftritt unter dem Einfluss einer lebhaften Gemüthserregung, die sich in eine „idée fixe subconsciente“ umgebildet hat. Diese Form kann heilen oder sich bessern durch die Hypnose, aber sie hinterlässt ein auffallend leicht erregbares Vasomotorensystem. Acuter Gelenkrheumatismus findet sich häufig in der Anamnese, und man wird ihm eine gewisse Bedeutung als begünstigende locale Ursache für das Auftreten der hysterischen Erscheinungen an den Extremitäten zuschreiben müssen. Der Beginn des Leidens ist stets ganz plötzlich, die Ursache stets eine psychische; sehr oft treten gleichzeitig Störungen in der Urinsecretion (Anurie oder Polyurie) auf; Gangrän erscheint auch bei dieser Form der Raynaud'schen Krankheit nicht ausgeschlossen.

Die mitgetheilten Fälle bilden keine neue Krankheitsform, sondern sie reihen sich den schon lange bei der Hysterie bekannten vasomotorischen Störungen an, deren Ursachen im Centralnervensystem zu suchen sind, wofür unter Anderem auch das Auftreten ähnlicher Circulationsstörungen an den Extremitäten bei anderen centralen Leiden (Melancholie, progressive Paralyse und circuläres Irresein) spricht. Falkenberg.

---

174) **Mingazzini**: Intorno alla cosidetta staso-basofobia (Debove).
(Rom 1894.)

M. beobachtete einen Fall von Abasie-Astasie, welcher dadurch characterisirt war, dass die 44jährige Kranke, wenn sie ohne Unterstützung gelassen wurde, nicht, wie dies gewöhnlich geschieht, auf die Kniee fiel, sondern meist sich nach der Seite lehnte oder langsam nach vorn auf die ausgestreckten Hände sank, ohne indess zusammenzuknicken. Dagegen vermochte sie bei selbst minimaler Hilfe (z. B. an den Kleidern gehalten) zu stehen und zu gehen. Hinweisend auf einen ähnlichen Fall, den Debove (Sem. méd., 97, 1893) beschrieben hat, meint der Verfasser, dass man derartige Fälle nicht, wie es der oben genannte Autor gethan hat, als neurasthenischen Ursprungs bezeichnen dürfe („Basophobie“ = der Kranke fürchtet sich zu gehen, gleichsam eine auf kleine Raumverhältnisse ausgedehnte Form von Agoraphobie).

Zwischen den gewöhnlichen Fällen von Abasie-Astasie, die mit Erschwerung oder vollkommener Hemmung der Coordination der Beinbewegungen einhergehen, und diesen letzteren wäre demnach kein principieller Unterschied. Bei ersteren treten die characteristischen Innervationshemmungen erst bei der Coordination der Beinmuskulatur, bei letzteren dagegen schon bei einem letzterer vorausgehenden Innervationsakt, nämlich der Innervation der Feststeller des Rumpfes auf.

Patientin weist eine Reihe echt hysterischer Erscheinungen auf, darunter das seltene Symptom, dass sie den grössten Theil der eingeführten festen und flüssigen Nahrungsmittel aus dem Munde regurgitirte. Durch energisches Zuhalten des Mundes liess sich das vollständige Hinunterschlucken erzwingen. Jentsch.

---

175) **E. Remak**: Zur Pathologie des hysterischen Stotterns. — Nach einer Krankenvorstellung in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 35.)

Ausführliche Mittheilung eines Vortrages, der bereits in diesem Centralblatt (1894, S. 495) kurz referirt ist.

Die Sprachstörung besteht speciell darin, dass Patientin, wenn sie ein Wort nachsprechen soll, zuerst krampfhaft inspirirt, dann erst nach ca. 20 Secunden einsetzt und den Anfangslaut mehrmals wiederholt, um nach Ueberwindung desselben das ganze Wort herauszustossen. Dabei krampfhafte Mitbewegungen der Gesichtsmuskulatur. Eine ähnliche Störung zeigt Pat bei der Beantwortung von Fragen. Aufregung verstärkt die Störung, welche stets vorhanden ist und sich auch bei Wiederholung der Worte nicht bessert.

Eine analoge Störung ergiebt die Prüfung der Gesichts-, Zungen- und Rachenmuskulatur, indem alle aufgetragenen Bewegungen erst nach längerer Zeit und unvollständig ausgeführt werden. Bei der Phonation werden die Stimmbänder gewöhnlich einige Male hin- und herbewegt, ehe sie geschlossen werden. Uebrigens zeigen auch complicirtere Verrichtungen eine entsprechende psychische Intentionshemmung, welche R. als die Ursache der Sprachstörung betrachtet, wenn auch daneben noch die Coordinationsstörung der Athem- und Kehlkopfnerven in Betracht kommt.

Nach einer Angabe der Patientin, welche bereits seit 1890 an (wahrscheinlich traumatischer) Hysterie leidet, begannen die Sprachstörungen 1893 in Folge eines Schreckes.

Eine historische Uebersicht über die Lehre des hysterischen Stotterns schliesst die Arbeit. Hoppe.

---

176) **P. Meyjes** (Amsterdam): Hysterische Neurose, by een Kind, na influenza. (Neurose bei einem Kinde nach Influenza.)

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1894, Nr. 15.)

Ein 13jähriger, psychisch normaler, erblich nicht belasteter Knabe erkrankt an einer Influenza; nach 8 Tagen Heilung, aber Neigung zum Niesen; rhinoscopisch nur eine etwas intensivere Röthung der Schleimhaut links; Berührung dieser Stelle, später auch des linken Nasenflügels löst einen Nieskrampf aus, der Knabe niest 5—40mal hintereinander mit nur einigen Minuten dauernden Pausen den ganzen Tag; Nachts ruhiges Verhalten. Das dauert 14 Tage, dann stellt sich Husten von gleicher Frequenz ein, das Niesen verschwindet, das Husten wird zum Bellen, schliesslich kommt es zu Anfällen von Glottiskrampf, die sich viermal und öfter in einer Stunde wiederholen, 5—15 Minuten dauern und 4 Tage lang anhalten, Nachts verschwinden. Am 5. Tage nahmen die Anfälle ab, verschwanden im Laufe des 6. völlig. Einige Tage bestand noch Heiserkeit, von da an in jeder Richtung normales Verhalten. Kurella.

---

177) **P. Mink**: Neurosen, van het oor uitgaande. (Vom Ohr ausgehende Neurosen).

(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1894, II, Nr. 9.)

Eine sehr dankenswerthe Zusammenstellung von meist convulsiven Reflexneurosen, Depressionszuständen und Reflexpsychosen, die von Ceruminpfröpfen und Fremdkörpern im Gehörgang, von Trommelfell- und Mittelohr-Erkrankungen ausgingen und durch Beseitigung dieser Störungen geheilt wurden. In concentrirtester Form werden auf 10 Seiten 71 Fälle älterer und neuerer Litteratur mitgetheilt. Kurella.

---

178) **Th. Frylinck** (Medemblik): Jets over de Maladie des Tics. (Etwas über die M. d. T.)

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1894, Nr. 16.)

Sehr ausführliche mit vorzüglichen Momentphotographieen illustrirte Darstellung eines Falls dieser Neurose, der eine 40jährige holländische Frau betrifft. Auf hereditäre Belastung deutet nur, dass 8 ihrer Geschwister und 2 ihrer 10 Kinder als Säuglinge an Krämpfen starben. P. leidet von Jugend auf an Zuckungen im Gesicht und den Extremitäten; mit 40 Jahren fing sie an, Anderer Worte und Bewegungen nachzuahmen und zugleich coprolalisch zu fluchen. Ein Jahr später Reizbarkeit, stundenlanger Mutismus, Gewaltthätigkeit, wirthschaftlicher Rückgang; sie wurde ambulante Streichholzhändlerin, kam wegen Vagabondage ins Arbeitshaus, von da in die Irrenanstalt M. Hier bestanden die motorischen Störungen theils in Nachahmung von Bewegungen und Lauten, theils in anhaltenden spontanen Bewegungen vom Character der mimischen und symbolischen Ausdrucksbewegungen, z. B. Stampfen, Händeklatschen, Niederknieen, Kreuzschlagen, dazwischen Flüche und Interjectionen. Andeutung von Neologismen und physikalischem Verfolgungswahn; ihr Mann „wirke mit einem Magneten auf ihren Körper“. Gewisse Bewegungsformen dominirten eine Zeit lang, waren, nach dem Ausdruck der Kranken „an der Reihe“, Störungen der Innervation der Bauchmuskeln führten zu bald oberflächlichem, bald krampfhaftem Athmen und unwillkürlichem Urinabgang.

Grosse Labilität der Stimmung, unbestimmtes Gefühl der Beeinflussung durch die Umgebung, besonders sich nähernde Männer. F. entwickelt unter Discussion von Arbeiten Roller's, Freusberg's, Köppen's und Guinon's die Auffassung, dass die impulsiven Handlungen ihren Ursprung in bewussten (Zwangs-) Vorstellungen hätten, wobei „dann allmählich die Rolle, welche das Bewusstsein spielt, in den Hintergrund tritt.“ Kurella.

---

179) **Van Brero** (Buitenzorg, Java): Jets over het zoogenaamde „Latah“. (Etwas über das sogen. „Latah“.)

(Ned. Tijdschr. v. G. 1895, Nr. 6.)

Verfasser hat in der Staatsirrenanstalt auf Java, deren Arzt er ist, zahlreiche Fälle von „Latah“ beobachtet, von denen er 8 Krankengeschichten mittheilt. In allen Fällen wurden Bewegungen von Personen der Umgebung nachgemacht, zugleich zusammenhangslose Laute oder Worte geäussert, daneben besteht Paraphasie. Das alles geschieht „ungewollt“; bei ganz klarem Bewusstsein, mit unwiderstehlichem Zwange; der Zustand kann sich

bis zur Incohärenz steigern, ist stets mit starkem Unlustgefühl verbunden. Ebenso unwiderstehlich wie gesehene wurden befohlene Bewegungen ausgeführt, auch wenn unsinnige Handlungen den Kranken in boshafter Absicht befohlen werden. Häufig besteht Disposition zu Reflex-Irradition, gelegentlich Coprolalie.

In drei der acht Fälle bestanden Psychosen, zwei davon waren periodische Manieen.

Die Krankheit beschränkt sich fast ganz auf javanische junge Frauen, eingeborene Männer und Europäer werden selten ergriffen. Häufig ist Heredität nachweisbar, sehr selten hysterische oder epileptische Veranlagung.

B. betont die Aehnlichkeit mit der „Maladie des tics“; der Unterschied besteht darin, dass die Bewegungen der Latah-Kranken stets Nachahmungen beobachteter Bewegungen anderer oder Ausführungen von Befehlen sind; „Jemand, der an „Latah“ leidet, ist ein fast normaler Mensch, bis bei ihm Echokinese, Echolalie oder Koprolalie provocirt wird.“

Die Therapie war psychisch, jedoch nicht hypnotisch.

Kurella.

---

180) **E. Remouchamps** (Gent): Bijdrage tot de Kennis van „Maladie des tics convulsifs“. (Zur Kenntniss der mal. des tics convulsifs.) (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1895, I, Nr. 12.)

R. theilt einen mit psychischer Störung complicirten Fall dieser Krankheit mit, bei einer 57jährigen Bäuerin; ihre Schwester ist hysterisch, ihr Bruder beging Suicid; sie selbst war bis zum 54. Jahr gesund. Dann, nach der Menopause, traten die ersten Anfälle auf, deren Erscheinungen waren „Gähnen und Rufen, Beissen, Augenzukneifen, Grimassiren, Wiederholen bestimmter Laute oder Worte mit grosser Geschwindigkeit und stundenlang“. Besonders die Laute u und u-a wurden häufig wiederholt. Nach jedem Anfall Ermüdung, Schweigsamkeit. Anfangs noch volle Arbeitsfähigkeit. Nach einem Jahre grössere Häufigkeit und längere Dauer der Anfälle, 3—4 Stunden langes Singen, Pfeifen, Nachahmung von Geräuschen. Einmischen sinnloser Worte und Wortreihen in die Unterhaltung,; gleichzeitig lebhafteres Grimassiren, zugleich unter Kaubewegungen und Kopfschütteln. Nach einem weiteren Jahre Theilnahme der Extremitäten an den impulsiven Bewegungen, Stampfen, Tanzen, Nachahmen des Klavier- und Orgelspiels, militärischer Exercitien, pastoraler Attitüden. Gelegentlich, besonders Nachts, Anfälle von Bulimie; ass einmal 13 Eier hintereinander. In den Zwischenpausen Krankheitseinsicht und Depression, die Impulse werden als unwiderstehliches Bedürfniss empfunden, dessen Befriedigung die Kranke alles zu opfern bereit war, „selbst ihre Kühe“. In den letzten beiden Jahren beständiges Grimassiren und Singen, gelegentlich zwangsweise complicirte, ganz unsinnige Handlungen, z. B. „Buttern“ ohne Milch, mit Wasser im Butterfass. In der letzten Zeit Coprolalie, Eifersuchtswahn, Reizbarkeit, Verfolgungsideen, Hallucinationen. Beseitigung der psychischen Störung nach 4monatlichem Aufenthalt in der Irrenanstalt, Fortdauer der impulsiven Bewegungen.

R. nimmt bei der Kranken einen corticalen Reizzustand auf Grund hysterischer Veranlagung an.

Kurella.

---

181) J. Wijsman (Rotterdam): Eenige Beschouwingen naar aanleiding van een geval van Paramyoclonus multiplex.
(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1894, II, Nr. 9.

Ein typischer Fall von Myoclonie bei einem an Malariacachexie leidenden ostindischen Pflanzer. Mit der Hebung des Allgemeinbefindens verschwanden die Zuckungen binnen 6 Wochen; die Heilung hält nun 2 Jahre an. Nichts an diesem Falle deutet auf eine hysterische Veranlagung. W. bespricht eingehend die Differenzen der Myoclonie von Chorea einer-, von Maladie des tics convulsifs andrerseits. Kurella.

182) Dana (New-York): Neurasthenia angio-paralytica s. pulsatilis.
(Semaine méd. 1895. Nr. 8.)

D. beschreibt als eine besondere Form der Neurasthenie Fälle, in denen epigastrische Pulsationen und Empfindung schmerzhafter Pulsationen im Kopf (ohne Tachycardie) im Vordergrund der Erscheinungen stehen, daneben Depression, Reizbarkeit und Schlaflosigkeit, häufig Dermographie. Compression einer Carotis beseitigt zeitweise die Pulsationen im Kopf. In einem Falle veranlasste D. den Patienten mit gutem Erfolge, die linke Carotis unterbinden zu lassen. Zumeist waren Bromsalze in Verbindung mit Sparteïn. sulfur. von ausreichendem Erfolg. Kurella.

183) Adolf Bary (St. Petersburg): Zur Frage von den Aequivalenten der Migräne.
(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 6.)

Eine 51jährige Frau, erblich belastet, leidet seit dem 9. Lebensjahre an Kopfschmerzen, welche fast regelmässig alle 3 bis 4 Wochen, zuweilen noch öfter auftreten und in Dauer und Verlauf je nach ihrer Schwere wechseln. Bei den leichteren Anfällen von Hemicranie, welche nur 3–4 Stunden dauern, zeigt sich nur ein mässiger Kopfschmerz, während die schwereren mit den hochgradigsten Schmerzen, Uebelkeit und Erbrechen einhergehen und 12 bis 18 Stunden dauern. Erleichterung während des Anfalls verschafft nur Antifebrin.

Frühjahr 1891 begannen plötzlich 1–2 Stunden dauernde Anfälle von heftigen nagenden Schmerzen in der Magengegend mit starkem Aufstossen am Schluss, welche sich täglich wiederholten und nach 3 Monaten wiederum plötzlich verschwanden. Während dieser 3 Monate blieben die Anfälle von Hemicranie aus, um dann wieder mit gewohnter Regelmässigkeit einzutreten. Eine ähnliche Beobachtung im Herbst 1893, wo die Magenschmerzen während zweier Monate auftraten und die hemicranischen Anfälle ausblieben, bestimmt B., die Anfälle von Magenschmerzen als Aequivalente der Migräne zu deuten. Hoppe.

184) J. Rotgans (Amsterdam): Een geval van Reflex-Epilepsie.
(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1894, II, Nr. 2.)

Ein am 13. September 1890 durch eine Kugel am rechten Parietalbein verwundeter Soldat bekommt nach Heilung der Wunde häufige epileptische Anfälle, die mit Schmerzen in der Narbe einsetzen und nur unter rechtsseitigen Convulsionen verlaufen; Sitz der Narbe entsprechend dem

G. præcentralis. Die Krämpfe verlaufen nicht nach dem Jackson'schen Typus. Am 9. Februar 1894 Excision; in den nächsten 5 Monaten bis zum Schluss der Beobachtung blieben Krämpfe und Kopfschmerzen aus.

Kurella.

185) **Mingazzini:** Sui fenomeni circumcursivi e rotatorî dell'epilessia.
(Reggio nell'Emilia 1894.)

Locomotorische Erscheinungen pflegen beim epileptischen Anfall selten und dann meist in gradliniger Form aufzutreten (Epilepsia procursiva). Hin und wieder beobachtet man indess Fälle, in denen Kreis- oder Drehbewegungen ausgeführt werden. M.'s Arbeit behandelt 17 solche Fälle. Theils zeigen sich diese Zustände während der Aura, theils im Anfall selbst.

Die circumcursive Aura dauert meistens lange (bis 30 Minuten). gewöhnlich werden grosse Kreise beschrieben. Bei nächtlichen Paroxysmen kann sie ganz fehlen, manche Kranke springen dagegen aus den Betten und beginnen umherzulaufen. Auch können sich Zustände von Schlafwandeln anschliessen. Endlich wurde in einem Falle die constante Wiederholung einer zweiten circumcursiven Phase nach Ablauf des Convulsionsstadiums beobachtet Der „circumcursive Anfall" währt nur kurze Zeit. Meist geschieht die Kreisbewegung von rechts nach links. Bei den meisten Patienten tritt der Anfall gelegentlich auch unter der gewöhnlichen Form auf. Er kann ferner mit anderen mehr oder weniger coordinirten Bewegungen verknüpft sein (Aufheben von Gegenständen vom Boden, Schrauben, Reiben der Wangen). Im Wege stehende Hindernisse werden manchmal vermieden. Die entsprechenden Auren und postparoxysmalen Erscheinungen dieser Form haben nichts Characteristisches.

Auch die Drehbewegungen können während der Aura oder während des Anfalls auftreten. Im ersteren Falle gesellen sich stets noch weitere sensitive oder sensitiv-motorische Componenten hinzu. Gewöhnlich wird von rechts nach links rotirt. Zuweilen wird die rotatorische Aura durch eine circumcursive vertreten. Während der Nachtparoxysmen finden keine Wahrnehmungen statt, doch stürzen oder springen die Kranken öfters aus dem Bett. Zuweilen wechselt das Verhalten der Patienten in der Weise, dass sie die Rotation bald während der Aura, bald während des Convulsionsstadiums zeigen. Im letzteren Falle erfolgt sie gewöhnlich nicht aufrecht, sondern am Boden, bald nach rechts, bald nach links. Jentsch.

186) **E. Morselli:** Esposizione accessuale degli organi genitali („Esibitionismo") come equivalente epilettoide.
(Genova 1894.)

Eine neuerdings nicht selten beschriebene Form der Epilepsie: Ein 37jähriger Makler, weder Potator noch Lueticus, dagegen seit seinem 2. Jahre an chronischer Mittelohreiterung leidend, die ihn links ganz, rechts fast taub gemacht hatte, hat (in längeren Intervallen) Anfälle, die sich durch Parästhesie, Unruhe und Unbehagen ankündigen und unter zunehmender Erregung erotischer Art (zum Theil erotischen Visionen) und wachsender Benommenheit in einem triebartigen Masturbiren (an jedem beliebigen Orte, auch einige Male im eigenen Hause) gipfeln; da dies auf öffentlichem Platze geschah, wurde Pat. forensisch. Dem Ausbruch des Anfalls gehen oft

Ohrensausen und Nebelsehen, manchmal sinnloses Fortlaufen (Epilepsia procursiva) voraus. Erinnerung fehlt vom Beginn der erotischen Erregung an oder ist nur summarisch; post actum besteht zunächst Gefühl der Erleichterung, bei späterem Erinnertwerden moralische Depression. Uebrigens kam es nicht in allen Fällen zur Ejaculation, nicht einmal zu völliger Erection. — M. bezeichnet den Fall als zur „psychischen Epilepsie" zugehörig und fasst den „Exhibitionismus" als epileptisches Aequivalent auf.

E. Trömner-Heidelberg.

187) **Paul Richer** et **Henry Meige**: De la station sur les talons chez les myopathiques.

(Revue neurologique Nr. 12, 30. Juni 1894.)

Die Verfasser lenken die Aufmerksamkeit auf eine besondere Art des Stehens, die allen normalen Menschen gelingt, den Myopathen dagegen nicht möglich ist und daher eine gewisse diagnostische Bedeutung besitzt. Jede normale Person kann sich auf den Fersen allein aufrecht erhalten und auf denselben allein auch gehen. In den Contouren der Wade producirt das Stehen auf den Fersen deutliche Modificationen, deren Erklärung eine Berücksichtigung der 3 verschiedenen physiologischen Zustände des Muskels — Erschlaffung, Dehnung und Contraction — erheischt. Beim lebenden Menschen verräth sich die Erschlaffung gewöhnlich durch ein gleichförmiges, mehr oder minder abgerundetes Relief, in welchem zuweilen zum Verlaufe der Fleischfasern perpendiculäre Furchen bemerklich sind. Bei der Dehnung des Muskels, welche immer von einer Verlängerung derselben begleitet ist, springt der Muskel weniger hervor; es bildet sich je nach dem Grade der Dehnung eine mehr oder minder bedeutende Abflachung desselben. Die Contraction kann in einem erschlafften sowohl als in einem gedehnten Muskel auftreten, und die Dehnung kann in ihren verschiedenen Graden neben der Contraction des Muskels fortbestehen. Beim gewöhnlichen Stehen ist der Gastrocnemius immer gedehnt und in gewissem Masse contrahirt. Die Umrisse der Wade zeigen sich ganz bestimmt, doch bildet dieselbe keinen so beträchtlichen Vorsprung wie beim Stehen auf der Fussspitze, wobei die Gastrocnemii contrahirt sind. Beim gewöhnlichen Stehen finden sich die Wadenmuskeln keineswegs in maximaler Dehnung; diese tritt dagegen beim Stehen auf den Fersen ein. Das Muskelrelief ist dabei weniger ausgeprägt als beim gewöhnlichen Stehen, während die Muskeln der anterolateralen Region des Unterschenkels contrahirt, aber nicht gedehnt, beträchtlicher hervortreten.

Bei den mit Amyotrophie behafteten Individuen kann das Muskelrelief verringert (Atrophie) oder verstärkt sein (Pseudohypertrophie); daneben fällt jedoch die Verkürzung der fleischigen Massen an gewissen Muskeln (Deltoideus, Biceps, Triceps femor, Gastrocnemius) auf; im Verhältniss zur Abnahme der Fleischmasse wächst die Ausdehnung der Sehnen. Der erschlaffte Muskel macht auch für das Gefühl den Eindruck eines fibrösen Körpers. Zu der von den Enden au gehenden fibrösen Umwandlung gesellen sich gleichartige Veränderungen zwischen den Muskelbündeln und schliesslich unterliegt die Muskelfaser selbst auch der fibrösen Umwandlung. Die aus diesen Processen resultirende fibröse Retraction beraubt den Gastro

cnemiuus seiner Dehnbarkeit. In diesem Zustande erhält der Muskel schon beim gewöhnlichen Stehen, wenn die Fussfläche auf dem Boden ruht, das Maximum seiner Dehnung; dem Stehen auf den Fersen bereitet die geringe Dehnbarkeit des Muskels unüberwindliche Hindernisse. Fordert man einen Myopathischen auf, diese Bewegungen auszuführen, so sieht man, dass nur die Zehen etwas erhoben werden; die Fussspitzen vom Boden zu entfernen, ist ihm absolut unmöglich. Dieses Symptom gestattet die beginnende fibröse Entartung des Muskels zu diagnosticiren, wenn die Atrophie sich noch nicht durch irgend eine wahrnehmbare Veränderung der äusseren Form der Wade kundgiebt. L. Löwenfeld.

---

188) **A. C. Gronbech:** Enuresis nocturna og adenoide Vegetationer.
(Bibliotek for Lægev. 94, S. 564.)

Der Verf. hat im Laufe des Jahres 1892 das Verhältniss der genannten Leiden zum Gegenstand eines genaueren Studiums gemacht. Im Ganzen behandelte er 192 Fälle von adenoiden Vegetationen. Von diesen waren 26 d. h. 13% mit Enuresis combinirt. Die Krankengeschichten 23 dieser Patienten werden mitgetheilt. Von diesen wurden 12 nach der Operation von ihrer Enuresis ganz geheilt, 8 besserten sich jedenfalls entschieden; nur in 3 Fällen blieb die Enuresis genau wie vor der Operation fortbestehen. Es scheint hiernach als sehr wahrscheinlich, dass ein causales Verhältniss zwischen den genannten Affectionen besteht. Die Ursache der Enuresis sucht der Verfasser in diesen Fällen in den Folgen der gehinderten, eventuell ganz aufgehobenen nasalen Respiration.

Koch (Kopenhagen).

---

189) **Erb:** Ueber Akinesia algera.
(Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk.. Bd. V. H. 6.)

E. theilt den Verlauf eines früher in jener Zeitschrift veröffentlichten Falles mit, in dem es sich um einen Kranken handelte, der seit 22 Jahren leidend war und seit 14 Jahren sich in streng horizontaler Lage befand. Jede Bewegung, später jedes längere und lautere Sprechen und sogar das Hören eines schnell Sprechenden oder Vorlesenden rief einen starken Schreck und dadurch ausgelöst starke „symmetrische" Schmerzen in beiden Armen hervor. Beim Essen trat mit den ersten Bissen jedesmal eine starke Schwäche der Arme ein, so dass Patient gefüttert werden musste. Der Kranke genas hauptsächlich durch Suggestion und Autosuggestion vollkommen (ohne Hypnose).

E. hält mit aller Sicherheit die Krankheit für functionell und eng verwandt mit der Neurasthenie. Wie die verschiedenen Phobien hier Angst, Zittern, Herzklopfen etc. hervorrufen, so bedingt die Angst bei dem vorliegenden Zustande Schmerz in bestimmten Körpertheilen.

Unterstützt wird die Therapie durch die Blutbildung, Circulation und Ernährung kräftigende Methoden, Hauptsache bleibt jedoch die Suggestion.

Was die Stellung der Akinesia algera zu den anderen functionellen Erkrankungen betrifft, so ist sie vor der Hand noch als eine eigene Krankheit zu betrachten, später nach genauerer Kenntniss werden wir lernen, ihr die passende Stelle in der grossen Gruppe der Neurosen anzuweisen.

Dauber.

190) Sigm. Freud (Wien): Ueber die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomencomplex als „Angstneurose" abzutrennen.
(Neurol. Centralbl. 1885, Nr. 2.)

F. glaubt, neben anderen Störungen, welche mit der Neurasthenie zusammengeworfen worden sind, die „Angstneurose" als einen besonderen Symptomencomplex von der Neurasthenie abtrennen zu müssen, wenn auch dieselbe häufig bei Neurasthenikern vorkommt.

Die „Angstneurose" zeigt folgende Symptome:

1. Allgemeine Reizbarkeit (besonders Ueberempfindlichkeit gegen Geräusche und dadurch bedingte Schlaflosigkeit);
2. ängstliche Erwartung, die man gewöhnlich als „Aengstlichkeit, Neigung zu pessimistischer Auffassung der Dinge" oder in Bezug auf die eigene Gesundheit als Hypochondrie bezeichnet. Dazu gehört die Neigung zur Gewissensangst, welche sich bis zur Zweifelsucht steigern kann;
3. plötzliche Angstanfälle, die entweder allein aus dem Angstgefühl bestehen oder mit bestimmten Vorstellungen (der Lebensvernichtung) verbunden oder von irgend welchen Parästhesien (oder von irgend welcher Störung der körperlichen Functionen) begleitet sind;
4. rudimentäre Angstanfälle und Aequivalente (lancirte Angstanfälle nach Hecker): Störungen der Herzthätigkeit, der Athmung (Dyspnoe, Asthma), Anfälle von Schweissausbrüchen, von Zittern und Schütteln, von Heisshunger, von Diarrhoen, von Schwindel und Congestionen und von Parästhesien;
5. nächtliches Aufschrecken, gewöhnlich mit Angst, Dyspnoe, Schweiss etc. verbunden;
6. Schwindel von leichtem Taumel bis zum heftigen Schwindelanfall (kann auch durch einen tiefen Ohnmachtsanfall vertreten werden), nicht selten von heftiger Angst begleitet, manchmal als Höhen-, Berg- und Abgrundsschwindel auftretend;
7. Phobien, theils als Angst vor Thieren, Gewitter, Dunkelheit, als moralische Ueberbedenklichkeit und Zweifelsucht, theils als Agoraphobie und ihre Nebenarten;
8. Verdauungsstörungen (Heisshunger, Uebelkeit, Brechneigung, Diarrhoen) und Harndrang;
9. Parästhesien, welche sich zu einer festen Reihenfolge associiren, ähnlich wie bei der hysterischen Aura. Daneben Neigung zu Hallucinationen.

Das wichtigste und häufigste ätiologische Moment hat F. nach einer grossen Reihe von Beobachtungen in den Einflüssen und Schädlichkeiten des Sexuallebens gefunden. Besonders ist es mangelnde Befriedigung beim Coitus (Coitus interruptus) resp. mangelnde Befriedigung bei sexueller Erregung (bei Abstinenten während des Brautstandes, im Climacterium resp. Senium), welche die Angstneurose hervorruft oder doch mindestens zu ihrer Erwerbung disponirt. Dieselbe bricht im letzteren Falle bei irgend einer unbedeutenden Schädlichkeit (Nachtwachen, Schreck etc.) aus. Oft bringen sich auch die sexuellen Schädlichkeiten erst durch Summation zur Geltung.

T. knüpft daran Betrachtungen über das Zustandekommen der Angstneurose. Die Beobachtung, dass in zahlreichen Fällen die Angstneurose mit der deutlichen Verminderung der sexuellen Libido einhergeht, lässt schliessen, dass der Mechanismus der Angstneurose in der Ablenkung der somatischen Sexualerregung vom Psychischen und einer dadurch verursachten abnormen Verwandlung dieser Erregung zu suchen sei. Wie die Psyche in den Affect der Angst geräth, wenn sie sich unfähig fühlt, eine von aussen nahende Aufgabe zu bewältigen, so geräth sie in die Angstneurose, wenn sie sich unfähig fühlt, die endogen entstandene (Sexual-) Erregung auszugleichen.

Häufiger als Fälle von Angstneurose sind Combinationen mit anderen Neurosen (Neurasthenie, Hysterie etc.), wobei sich eine Vermengung mehrerer specifischer Ursachen nachweisen lässt. Zu der Hysterie steht sie auch den Symptomen nach in inniger Beziehung, während sie mit der Neurasthenie den Hauptcharacter gemeinsam hat, dass der Anlass zur Störung auf somatischem Gebiete liegt. Hoppe.

---

191) Prof. Dr. **M. Bernhardt**: Ueber isolirt im Gebiete des N. cutaneus femoris externus vorkommende Parästhesien.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 6.)

B. hat eine Anzahl von Fällen beobachtet, wo bei Männern in den mittleren Lebensjahren abnorme Empfindungen, meistens Taubheitsgefühle, an der Vorder- und besonders Aussenfläche eines Oberschenkels auftraten Eigentlich schmerzhaft wurden dieselben erst nach länger dauernden Anstrengungen oder bei Druck auf die betreffenden Regionen. Die Motilität als solche blieb unversehrt, die objectiv nachweisbaren Sensibilitätsstörungen waren nur gering.

Es handelte sich jedenfalls um mehr oder weniger schwere neuritische Veränderungen des N. cutaneus fem. ext., welche in einigen Fällen auf eine voraufgegangene Infectionskrankheit (Typhus) oder Intoxication (Lues), in anderen auf Erkältung zurückgeführt werden konnten.

Durch Einreibungen, Massage, Electricität, Bäder können die Beschwerden gelindert, wohl kaum aber ganz gehoben werden. Hoppe.

---

192) **A. Nolda** (Montreux): Pseudotabes alcoholica oder syphilitica oder mercurialis.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 5.)

N. bespricht einen Fall, welcher von Gilbert in der Deutsch. Medic. Wochenschrift 1894, S. 842 als Pseudotabes mercurialis beschrieben worden ist. Es handelt sich um einen 26jährigen unverbesserlichen (periodischen) Trinker, welcher sich Juni 1892 luetisch inficirte und mehrere antiluetische Curen durchgemacht hat. Bereits Herbst 1892 wurden bei ihm polyneuritische Erscheinungen (Neuralgien in peripheren Nervengebieten, Ischias, Herabsetzung der Patellarreflexe) neben Singultus alcoholicus und einer ausgesprochenen alcoholischen Geistesstörung (mit Zwangshandlungen und Grössenideen) beobachtet, welche zu seiner Unterbringung in die maison de santé führte. Besonders heftige polyneuritische an Tabes erinnernde Erscheinungen (Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme, starke

Schmerzen in den unteren Extremitäten, Unsicherheit beim Gehen, Romberg-sches Symptom, Fehlen der Patellarreflexe, Entartungsreaction) traten August 1893 nach starken Alcoholexcessen auf (ohne dass in der letzten Zeit geschmiert worden war) und steigerten sich im folgenden Monat bis zur vollständigen Paralyse der Beine. Alle diese Symptome bildeten sich bei gleichzeitiger Vornahme einer energischen Schmierkur zurück, als Pat. durch die Lähmung der Beine ans Bett gefesselt keine Alcoholexcesse begehen konnte, während sie schnell wieder auftraten, als Patient seine Bewegungsfähigkeit wieder erlangt hatte und wieder zu trinken anfing. In einer Anstalt, wo er bei strenger ärztlicher Aufsicht nicht excediren konnte, verschwanden dieselben wiederum. Schliesslich ging Pat. an den Folgen eines Alcoholexcesses, den er ausserhalb der Anstalt begangen hatte, zu Grunde.

N. ist daher geneigt, den Fall als Neuritis resp. Pseudotabes alcoholica aufzufassen. Hoppe.

---

193) **W. Nolen** (Leiden): Erythromelalgie.
(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1894, Nr. 12.)

Bei einer 60jährigen Hysterica, die an Krämpfen und Neuralgieen leidet, entwickelt sich seit 1892 eine in Anfällen exacerbirende Schmerzhaftigkeit erst der Zehen-, dann der Fingerkuppen, die in den Anfällen roth und heiss werden; Nachts sind die Beschwerden am schlimmsten. Nach Gebrauch von Bromkali und Arsenik innerlich, Chloraethyl äusserlich Besserung.

N. neigt, unter Berufung auf die unten referirte Arbeit von Bervoets, zu der Annahme peripherer Ursachen der dem Complex zu Grunde liegenden Sensibilitäts- und Circulationsstörungen. Kurella.

---

194) **H. Bervoets** (Utrecht): Bijdrage tot de Kennis van het spontaan Gangræn. (Zur Kenntniss der spontanen Gangrän.)
(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1894, II, Nr. 5.)

Raynaud hat die symmetrische Gangrän durch locale Asphyxie erklärt; Asphyxie allein aber bedingt noch keinen Gewebstod; Weiss nahm neben der vasomotorischen Störung noch directe trophoneurotische Störungen als Ursache der Gangrän an. B. zeigt nun in einer sorgfältigen Durchsuchung der umfangreichen Litteratur und in der sehr sorgfältigen anatomischen Untersuchung von zwei Fällen spontaner Gangrän an den unteren Extremitäten (der zweite Fall betrifft eine an Dementia paralytica leidende Potatrix), dass bei sponatane Gangrän sowohl periphere Neuritis wie Endo-Arteriitis der ernährenden Gefässe besteht; im zweiten Falle zeigten auch die lateralen Venen der Zehen Verdickung der Media; in beiden Fällen bestand mehr an den Arterien als an den Venen starke Verdickung der inneren Schicht der Media, bis zur Verlegung des Lumens. In dem Einflusse des Krampfes derartig verdickter Gefässe sieht B. die Ursache der Gangrän. Ganz entsprechende Veränderungen fand er an der tibial. postica nach Ischiadicus-Durchschneidung beim Kaninchen.

Kurella.

---

c) Therapie.

195) **v. Ziegenweidt** (Utrecht): Geval van Epilepsie behandeld volgens de Methode van Prof. Flechsig.

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1894, II. Nr. 19.)

17jähriges Mädchen mit typischer Epilepsie, 9—30 Anfälle im Monat, erhält $2^1/_2$ Monat lang steigende Opiumdosen von 60—400 mg pro die. Dann plötzliches Aussetzen des Opiums, Darreichung von 5 gr Bromkali pro die; während des Opiumgebrauchs wurden die Anfälle seltener, blieben drei Monate lang nach Entziehung des Opiums ganz aus und kamen in den nächsten 7 Monaten der Beobachtung zusammen nur 11mal wieder.

Aber gegenüber diesem Einflusse auf die Anfälle war die plötzliche Entziehung des Opiums von so heftigen Abstinenzerscheinungen begleitet, dass Z. für das Leben des Mädchens fürchtete; er widerräth desshalb die Anwendung dieser Methode ausserhalb der Anstalten. Kurella.

---

196) **P. Spaink** (Apeldoorn): Electrische Inwikkeling. (Electrische Einwickelung.)

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1895, I, Nr. 12.)

Empfehlung einer Combination von nasser Einpackung und allgemeiner Faradisation, bei der eine Electrode am Halstheil, eine andere am Fussende des Lakens befestigt ist; S. rühmt die anregende Wirkung dieser Maassnahme bei schlaffen Neurasthenikern, und ihre Rolle als „suggestives Therapeuticum“ bei functioneller Paraplegie der Unterextremitäten.

Kurella.

---

197) **Destot**: Sur les courants électriques. Société des sciences médicales de Lyon.

(Bericht in Lyon médical 1895, Nr. 12.)

Von 10 mit den verschiedensten Nervenleiden behafteten Kranken, die an demselben Tage und unter denselben Bedingungen auf ihren Hautleitungswiderstand gegen den galvanischen Strom geprüft wurden, zeigten 4 eine recht auffällige Veränderlichkeit in ihrem diesbezüglichen Verhalten. Diese 4 Kranken litten sämmtlich an Myopathien, theils primären, theils secundären Ursprunges, ohne Entartungsreaction. Bei ihnen war der Widerstand nicht nur nicht vermehrt, sondern im Gegentheil sogar herabgesetzt. D. schliesst hieraus, dass die Muskeln eine nicht unbedeutende Rolle bei der Stärke des Widerstandes des menschlichen Organismus gegen den electrischen Strom spielen müssen, zum mindesten eine nicht geringere als die Epidermis und die Füllung der Hautblutgefässe, auf die man bisher als Erklärung für die fragliche Erscheinung grossen Werth gelegt hat.

Buschan.

---

198) **D'Arsonval**: Action thérapeutique des courants d'induction. Soc de biolog.

(Bericht in Bullet. méd. 1895, Nr. 33, März 20.)

Stellt man eine Person in das Innere eines grossen Solenoïds, das von einem starken electrischen Strome durchflossen wird, so entsteht in dem Körper des betreffenden Individuums ein hinreichend kräftiger Inductionsstrom, um eine von seinen Händen gehaltene Glühlampe anzuzünden. Die Person

verspürt davon nicht die geringste Sensation. Die interstitielle Oxydation der Gewebe ist hierbei stark vermehrt; denn das betreffende Individuum absorbirt während des Experimentes in einer gewissen Zeit, während deren es ausserhalb des Apparats nur 17 Liter Sauerstoff verbraucht, 27 Liter desselben.

Diese Beobachtung wurde therapeutischen Zwecken zu Nutze gemacht. Apostoli und Berlioz haben an 75 Kranken (2446 Sitzungen) auf solche Weise experimentirt. Sie fanden dabei, dass die geschilderten Inductionsströme sich zwar unwirksam erweisen gegen die meisten der hysterischen Störungen, gegen gewisse localisirte Neuralgieen und gegen Neuritiden, dass sie aber auf die Ernährungsthätigkeit von merklichem und mächtigem Einflusse sind, wie 267 Urinanalysen beweisen (gesteigerte Verbrennung). Diese Ströme üben auch eine beträchtliche modificirende Thätigkeit auf solche Störungen aus, die aus einer darniederliegenden oder verkehrten Ernährung resultiren; sie äussern hier recht schnell ihre Wirksamkeit durch eine Wiederherstellung der Kräfte und Muskelenergie, durch Wiedererwachen des Appetits, durch besseren Schlaf etc. Diese Erfolge treten am besten bei Arthritis, Rheumatismus und Gicht zu Tage.

D'A. hat die Methode auch bei 3 Diabetikern versucht. Während bei diesen vor der Behandlung der Urin 63, 29 und 34 g Zucker pro die enthalten hatte, zeigte er nach der einschlägigen Behandlung (täglich eine Sitzung), die zwischen 20 Tagen und 6 Wochen variirte, nur noch unwägbare Spuren desselben.

Schliesslich erwähnt D'A. noch die Wirksamkeit der betreffenden Ströme auf Mikroben. Er brachte ein Reagenzglas mit Bac. pyogenes in das Solenoïd und erreichte dadurch ein Absterben der Bacterien.

Buschan.

---

199) **Franz C. Müller** (Alexandersbad): Neue Erfahrungen auf dem Gebiet der hydropathischen Behandlung der Neurasthenie.

(Monatsschr. f. pract. Balneologie 1895, Nr. 5.)

Der vorliegende Vortrag Müller's, den derselbe auf der III. öffentlichen Generalversammlung des Allgemeinen deutschen Bäderverbandes zu Kissingen (Oct. 1894) gehalten hat, soll eine Ergänzung zu dem bekannten Handbuche des Verfassers über Neurasthenie bilden. In ihm beschäftigt sich M. mit den neueren Erfahrungen über die hydropath. Behandlung der Neurasthenie, die theils aus der Litteratur, theils aus eigenen Beobachtungen resultiren.

Bezüglich der Abreibungen betont M., dass in der Modification derselben immer noch keine Einheit unter den Neurologen und Hydropathen besteht. Seine Erfahrungen sprechen zu Gunsten der Abreibungen, mit 20° R angefangen und um 2—2° bis zur natürlichen Wärme der Quellen herabgegangen, des Morgens aus dem warmen Bett heraus (eventuell nach vorausgegangener feuchtwarmer Einpackung). Hauptsächlich versprechen die Abreibungen gute Heilresultate bei allen denjenigen Neurasthenikern, deren Hautpflege zu wünschen übrig lässt, die in der Ernährung heruntergekommen sind und mehr an allgemeinen Symptomen leiden. Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass bei dieser einfachen hydropathischen Kur der (bei vielen Neurasthenikern um 17—30° verminderte) Hämoglobin-

gehalt zunimmt. Wenn die Abreibungen trotz aller Vorsichtsmassregeln nicht bekommen, dann empfiehlt M. die Abwaschung mit einem grossen Schwamm oder die ganz kurz dauernde, aber kräftige Regendouche.

Neue Erfahrungen hat M. im Besonderen über die Douchen gesammelt, deren Anwendung er seit 2 Jahren auf die Anregung französischer Autoren hin speciell cultivirt hat. Er hat dabei die Ueberzeugung gewonnen, dass man so ziemlich jeden Neurastheniker mit Erfolg douchen kann. Indessen gehört dazu ein Arzt, der seine Patienten genau kennt, aber auch seine Doucheapparate genau dirigiren kann, nicht ein Badediener in einer beliebigen Badeanstalt. M. geht hierbei in der Weise vor, dass er das Thermometer, das in das Sammelbecken der kalten und heissen Leitung eintaucht, auf 22 - 24° R stellt, dann die warme Leitung schliesst und dem kalten Wasser ungehinderten Zutritt lässt; auf diese Weise kühlt sich der aus der Brause kommende Strahl ziemlich rasch ab. Die ganze Procedur dauert etwa $^1/_2$—$^3/_4$ Minuten.

Im weiteren Verlaufe seines Vortrages bespricht M. die Indicationen für die Strahldouche, Sitzdouche, Vollbäder, Halbbäder, Sitzbäder, Fussbäder, Handbäder, Ganz- und Theilpackungen, Kastendampfbäder, Umschläge, den Psychrophor etc., die zum Theil bei der Behandlung der Neurasthenie von grossem Werthe sind.

Buschan.

---

200) **Louis E. Blair** (Albany, N. Y.): Some further observations on reflex asthma.

(The Med. Rec., 18. Aug. 94)

Zur Heilung des Reflexasthma ist es nöthig, die oberen Luftwege in den Zustand physiologischer Ruhe zu bringen (Verstopfungen der Nase sind zu beseitigen; überempfindliche Stellen der Nasenschleimhaut sind nicht zu zerstören, sondern durch Monate lang fortgesetztes Aufstäuben von Oel und dergleichen zu bessern u. s. w.). Wenn trotzdem nicht in allen Fällen die Heilung des Asthma gelingt, so liegt dies nach Verf. gewöhnlich daran, dass das Gesammt-Nervensystem des Betreffenden schwach und krank ist und die Kraft und Widerstandsfähigkeit desselben sei daher in jedem Falle durch entsprechende Curen zu heben. Voigt.

---

201) **R. Bruzelius** och **John Berg**: Fall af hjerntumor; operation, förbättring. (Fall von Hirntumor; Operation, Besserung.)

(Hygiea 1894, S. 529.)

Der 58jährige Kranke wurde ohne vorausgegangene Krankheit vor $1^1/_2$ Jahren plötzlich von einem Schwindelanfall ergriffen. Aehnliche Anfälle stellten sich auch später ein, im Ganzen sechs vor der Aufnahme ins Krankenhaus. Die letzten derselben waren von Zuckungen in der rechten Wange, in der Zuge und im rechten Arm begleitet Schon kurz nach dem ersten Anfalle trat heftiges Kopfweh ein, nach dem dritten begann der Kranke die ersten Zeichen einer Aphasie zu zeigen, welche sich später mehr und mehr entwickelte und ausserdem von Agraphie begleitet wurde. Schliesslich kam noch Schwäche des rechten Armes und Beines hinzu. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus war deutliche Stasenpupille beider Augen vorhanden. Als der Zustand sich fortdauernd verschlimmerte, wurde

Trepanation und Incision vorgenommen. Es zeigte sich hierdurch, dass eine diffuse, gliomatöse Degeneration mit Cystenblidung in den unteren Theilen der Gyri centr. ant. et post., sowie front. tert. eingetreten war. Eine Entfernung der Geschwulst war nicht möglich. Nach der Operation und der schnell eingetretenen Heilung der Wunde besserte sich der Zustand etwas. Eine Verschlimmerung trat jedoch wieder ein und der Kranke starb zwei Monate später in seiner Heimath. Koch (Kopenhagen).

---

202) **Jacques Borelius:** Nagra medfödda bildningsfel, operativt behandlade. (Operative Behandlung einiger angeborenen Missbildungen).
(Hygiea 1894, 56. Bd., S. 116.)

I. Ein Fall von Encefalocele bei einem 8 Tage alten Mädchen wurde mittelst Incision und Ligatur behandelt. Befinden nach der Operation gut. Tod zwei Monate später.

II. Fall von Spina bifida bei einem 7 Tage alten Knaben wurde mittelst Incision und Reposition des in der Höhle sich befindlichen Rückenmarkes behandelt. Tod eine Woche später unter Fieber und Suppuration.

Fall von Spina bifida bei einem 5 Wochen alten Knaben. Dieselbe Behandlung. Keine Suppuration. Tod nach 14 Tagen.

III. Microcephalie, Kraniectomia (Lannelongue). Mädchen, 18 Monate alt. Operation ohne wesentliches Resultat. Reactionslose Heilung. Tod zwei Monate später. Koch (Kopenhagen).

B. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie

203) **E. Morselli:** Pazzia e ragione.
(Milano 1893.)

Der kleine Streifzug durch das Grenzgebiet zwischen „Irrsinn und Vernunft“ ist im Kern der Sache gegen Lombroso's Lehre gerichtet. Die „Härten und Unmöglichkeiten, das für den Culturfreund oft genug Beleidigende von Lombroso's und der Lombrosianer Methode, alles was sich über das goldene Mittel des „tipo umano“ erhebt oder was unter das „mezzo sociale“ herabsinkt, in den „grossen Topf“ („crogiuolo unitario“) der Degeneration zu werfen,“ sucht M. dadurch zu meiden, dass er jenen („problematischen Naturen“) das grosse Zwischenreich zwischen psychisch Normalem und psychisch Pathologischem anweist, vor Allem aber den verschiedenen Wegen nachgeht, welche von einem Terrain ins andere hinüberleiten. Sichtbare Grenzen giebt es nicht. „Vernunft und Irrsinn sind zwei sich schneidende Kreise“, in deren gemeinsamem Segment die fraglichen Erscheinungen wohnen (das natürlich nicht, wie im Sinne des Gleichnisses, begrenzt zu denken ist (Ref.).

Die erste Brücke ins Pathologische bilden nur jene Menschen, die ein zu viel oder zu wenig der psychischen Elementarfunctionen, Empfinden, Denken und Wollen, zeigen (Hyper- oder Hypo-Menschen, Ref.).

Danach ergeben sich folgende Categorien:

1. Denken- (Intelligenza)	2. Empfinden-Gefühl (Affettivita)
a) Imbecille, b) Genio intellettuale.	a) Delinquente nato, b) Genio sentimentale.

3. Wollen (Volonta)

a) Apatico, b) Genio attivo.

M.'s Classification kennt also mehr Anomalien als Lombroso, dessen Objecte nur 2 a und „das Genie", welches nach M.'s (nur apriorischer) Annahme also in 3 verschiedenen Potenzen auftreten kann, sind. Der Schwierigkeit, ein jeweiliges „Genie" unter eine der obigen Hyperfunctionen zu subsummiren, gedenkt freilich M. nicht.

Die 2. Brücke zu psychotischen Zuständen bilden intensive Schwankungen derselben Person unter aussergewöhnlichen äusseren Eindrücken, also Affecten, Leidenschaften, Fanatismen oder Suggestionen. Besonders hier kann das Zustandsbild völlig einer Psychose gleichen: der Zorn kann die Dimensionen einer manischen oder epileptischen Erregung annehmen, ein tiefer Schmerz eine echte Melancholie vortäuschen, der Schreck in Stupor versetzen, die Angst kann Illusionen und Hallucinationen erzeugen, eine Begeisterung zur Extase anwachsen, Suggestionen können Triebhandlungen wie die eines Monomanischen veranlassen etc.

Die 3. Reihe von Uebergangsbildern zum Irresein bilden die eigentlichen Neuropathen, hervorgegangen aus angeborener Gleichgewichtsstörung der Persönlichkeit (disequilibrio costituzionale della personalita), wie sie als „psychopathische Constitutionen", „Psychastheniker", „Hereditarier" etc. schon vielfach geschildert sind. Ohne hier zu klassificiren, nennt M. nur als 7 der auffälligen Typen die folgenden:

1. Gli insufficienti oder deboli, die Beschränkten oder Schwächlinge, an lahmer „Statik und Dynamik der Ideation" leidend, „im Wesentlichen Imbecille oder Semidioten";
2. Gli incompleti, die Defect-Menschen, meist mit Defecten auf moralischem Gebiete und desshalb ein grosses Contingent zu den Gewohnheitsverbrechern stellend;
3. Gli irregolari, die unsteten, Pseudogenies, „Abortivformen der Genialität", Aftererfinder und -Reformatoren (wohl auch die Aster-Menschen, Philosophaster, Poetaster, Kritikaster etc. Ref.).
4. Gli instabili, die unbeständigen, von jedem Eindruck beherrschbar, ein grosser Theil der Hysterischen und Neurastheniker;
5. Gli incoerenti, die incohärenten, die zerfahrenen, die zwischen entgegengesetztesten Gedanken und Empfindungen hin und her schwankenden Gestalten, zum Theil schon „die Initialstadien der doppelten Persönlichkeit";
6. Gli irreflessivi, die abrupt, sprunghaft denkenden (etwa Einfallsmenschen), deren Gedanken nicht den Associationsgesetzen folgen, sondern von irgend woher kommen und wieder abspringen;
7. Gli impulsivi, die Impulsiven, deren Sein und Treiben die früher organisirten, übergeordneten, hemmenden Vorstellungen fehlen.

Leider ist die Beschreibung dieser 7 „Unseligen" zu kurz, um, namentlich von 4, 5, 6 ein halbwegs anschauliches Bild zu geben.

Das 7. und letzte Kapitel bildet einen kurzen Excurs über die „Temperamente", in deren Bereich ebenfalls Schwankungen bis an die

Grenze des Pathologischen vorkommen können und in deren Bezeichnung sich M. derjenigen Ribot's anschliesst. Trömner.

---

204) **M. A. Lailler** (Asile de Quatre-Mares): De la peptonurie chez les aliénés

(Annales médico-psychologiques 1894, Nr. 1.)

L. hat 4 Gruppen von Individuen untersucht: 1. körperlich und geistig Gesunde, 2. körperlich Kranke, aber geistig Gesunde, 3. körperlich gesunde, nicht paralytische Geisteskranke, 4. paralytische Geisteskranke.

Auch L. kann nur bestätigen, was aus allen neueren Untersuchungen über diesen Gegenstand hervorgeht, dass die Peptonurie nicht als Symptom der progressiven Paralyse betrachtet werden kann, denn

1. Peptonurie kommt auch bei vorübergehenden körperlichen Störungen vor,
2. Peptonurie zeigt sich bei einer grossen Zahl von Krankheiten,
3. Peptonurie findet sich oft bei den verschiedensten Formen von Geistesstörung, sei es, dass die Anwesenheit des Peptons von der Geistesstörung selbst oder von irgend einer dieselbe begleitenden Störung abhängt.
4. Peptonurie kommt zwar bei der progressiven Paralyse häufiger vor als bei anderen Formen von Geistesstörung, fehlt aber im Allgemeinen gerade im Beginne der Krankheit, wo die Diagnose unsicher ist.

Hoppe.

---

205) **J. B. Bouchoud:** De l'hypothermie chez les aliénés.

(Annales mrdico-psychologiques 1894, Nr. 2.)

Während bei den bisherigen nicht sehr zahlreichen Beobachtungen über subnormale Temperaturen, über die B. einen kurzen Ueberblick giebt, weder die Häufigkeit noch die Entwicklung noch die verschiedenen Bedingungen, unter denen dies Symptom erscheint, genauer untersucht worden sind (jedenfalls weil die Erscheinung mit grosser Geschwindigkeit sich entwickelt und ebenso schnell verschwindet), hat B. bei einer Beobachtungsreihe von nicht weniger als 30 Fällen diesen Punkten seine besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

Unter den 30 Kranken mit subnormalen Temperaturen (es wurden nur Temperaturen unter 35° berücksichtigt, in 10 Fällen sank die Temperatur unter 30) waren 8, bei welchen die Erscheinung zweimal beobachtet wurde. Die Beobachtungen vertheilen sich auf einen Zeitraum von 13 Jahren, so dass sich unter der Berücksichtigung der 3 Doppelfälle jährlich 2,5 Fälle bei einer durchschnittlichen Bevölkerung von 600 Kranken (0,4%) ergeben. Da die Zahl der Todesfälle in diesem Zeitraum 916 betrug, so kommt ungefähr 1 Fall von Hypothermie auf 30 Todesfälle (und zwar bei den Pensionären 1 auf 39, bei den übrigen Kranken 1 auf 26 Todesfälle) resp. 1 auf 31,6 Todesfälle, wenn man nur die 29 Fälle von Hypothermie zählt, welche mit Tod abgingen. Da in anderen Krankenhäusern Beobachtungen von Hypothermie sehr selten sind, so scheinen die Geistesstörungen am meisten für die Hypothermie zu prädisponiren.

Einen grossen Einfluss auf die Hervorbringung subnormaler Temperaturen scheint die Kälte zu spielen; alle Fälle mit einer Ausnahme wurden in der

kalten Jahreszeit vom 21. November bis zum 28. April beobachtet. (B. glaubt übrigens, dass die Saaltemperatur, welche zwischen 12 und 15° R schwankte, für Kranke, die sich wenig bewegen, zu niedrig ist. In der kalten Jahreszeit (November bis April) ist auch, wie die Beobachtungen aus 3 grossen Irrenanstalten über einen Zeitraum von 12 Jahren ergeben, die Zahl der Todesfälle doppelt so gross, als in der warmen (vom Mai bis October).

Besonders gefährdet sind verblödete und alte Kranke. Wie die hygienischen Bedingungen mitspielen, zeigt der Unterschied zwischen Pensionären (1 auf 39 Todesfälle) und armen Kranken (1 auf 26 Todesfälle). Uebrigens waren nur 4 Kranke besonders geschwächt (durch Diarrhoen, ungenügende Ernährung oder hochgradige Unruhe), die anderen befanden sich in einem meist ziemlich befriedigenden Ernährungszustande. — Einen grösseren Einfluss scheint das Alter zu spielen, 5 von den Kranken standen in einem Alter von 55 bis 60 Jahren und 12 von 60 bis 78 Jahren, also mehr als ein Drittel der Kranken hatte das 60. Lebensjahr überschritten (während die Kranken über 60 Jahre nur $^1/_7$ der Krankenbevölkerung bilden).

Dementsprechend ist auch die Demenz (secundäre?) als die häufigste Form der Geistesstörung bei der Hypothermie beobachtet worden (in 16 Fällen), dann kommt die Idiotie, Dementia paralytica und Melancholie (Stupor? Ref.) in je 4 Fällen, Mania acutissima (Delirium acutum) und Alcoholismus in je einem Fall.

In 8 Fällen war die Demenz die einzig nachweisbare Ursache der Hypothermie, ebenso in 2 Fällen von Idiotie, in 2 Fällen von progressiver Paralyse und in 1 Fall von Melancholie; bei den übrigen Fällen mussten neben der Geistesstörung Brechdurchfall, Nahrungsverweigerung (in 2 Fällen), Erschöpfung durch hochgradige Erregung (in 4 Fällen) oder schwere Organerkrankungen (Magenkrebs, Magengeschwür, Magenerweiterung, Peritonitis, Perihepatitis chronica mit Ascites, Cystitis mit Nephritis, Pericarditis, Pachymeningitis hæmorrhagica und Pneumonie (in 2 Fällen) als Ursache angesehen werden.

Das klinische Bild der Hypothermie zeichnet sich durch den gleichmässigen Verlauf und die rapide Entwicklung aus. Der wenig auffällige Beginn (Appetitverlust, geminderte Unruhe) wird häufig übersehen. Allmählig entwickelt sich eine Art Sonnolenz. Gewöhnlich ist der Abfall der Temperatur bereits beträchtlich, wenn der Zustand der Kranken die Aufmerksamkeit erregt. Wie einige Fälle zeigen, scheint derselbe ganz rapide einzutreten. Es entwickelt sich ein fortschreitender Zustand von Bewegungslosigkeit ohne Lähmung. Sensibilität und Reflexe erlöschen, während sich gewöhnlich eine zunehmende Stumpfheit und Theilnahmlosigkeit geltend macht und die Sprache, welche anfangs Articulationsstörungen zeigt, immer mehr schwindet. Die Athmung sinkt auf 12 bis 10, der Puls auf 50 bis 40 in der Minute, die Secretionen stocken, das Schlucken wird immer schwieriger, Haut und Extremitäten werden kalt und cyanotisch, schliesslich erlischt das Leben zuweilen unter Convulsionen.

Der ganze Erscheinungscomplex verläuft sehr schnell in einigen Stunden bis einigen Tagen. In einigen Fällen tritt unter erheblicher Temperatursteigerung Genesung ein, häufig jedoch sinkt die Temperatur nach vorüber-

gehender Steigerung wieder bis zum Tode. Die Prognose ist stets sehr ernst, wenn die Temperatur unter 35° sinkt, doch erholte sich noch ein Kranker mit 31,8°.

Bei ausgesprochener Hypothermie lassen gewöhnlich alle Mittel (äussere Wärme, Frottiren, Excitantien) im Stich. Die Hauptsache ist die Vorbeugung durch hygienische Massnahmen.

Nach B. ist die Hypothermie als ein Zustand hochgradiger allgemeiner Erschöpfung aufzufassen, veranlasst durch schädigende Einflüsse (äussere Abkühlung, mangelhafte Ernährung, intercurrente Krankheiten), welche Personen mit sehr geschwächtem Nervensystem treffen.

30 ausführliche Krankengeschichten mit den entsprechenden Temperaturcurven bilden den Schluss der ausserordentlich sorgfältigen Arbeit.

Hoppe.

---

206) **Ziehen**: Tagesschwankungen der Körpertemperatur bei functionellen Psychosen.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 50, H. 5.)

Die mühevolle Arbeit stützt sich auf (oft monatelang) fortgesetzte Untersuchungen über den Tagestemperaturgang bei 53 Fällen functioneller Psychose. Ausserdem wurden zahlreiche Curven verwerthet, welche sich auf Morgen- und Abendtemperaturen bezogen. Total 1500 Curven. Z. warnt vor zu weit gehenden Schlüssen aus einem Material, dessen Erhebung mit so grossen Schwierigkeiten verknüpft ist, bei dessen Beurtheilung man stets die sehr grosse Zahl der Factoren im Auge zu behalten hat, welche Körpertemperatur und Gang der Tagescurve bei Geisteskranken beeinflussen. Folgendes lasse sich sagen: Spastische Zustände der peripheren Arterien sind nicht im Allgemeinen mit einer hohen centralen Körpertemperatur verknüpft, da die peripherischen Gefässspasmen gleichzeitig eine wichtige Wärmequelle, den Stoffwechsel, herabsetzen. — Affecte wirken, namentlich wenn sie mit motorischer Erregung verknüpft sind, temperaturerhöhend, eine gewisse Wirkung kommt ihnen wahrscheinlich auch unabhängig von jedem Einfluss auf die Motilität zu. Manche Temperatursteigerungen erklären sich durch Muskelaction. Indessen besteht hierbei zwischen Grad der Muskelaction und der Temperatursteigerung kein einfacher Parallelismus. Hallucinationen und Wahnvorstellungen sind wirksam, insofern sie mit Erregungsaffecten verknüpft sind. Inhalt und Dauer der Hallucinationen und Wahnvorstellungen sind in dieser Beziehung nicht unwesentlich. — Stoffwechselstörungen beeinflussen mannigfaltig den Gang der Tagescurve. Ebenso Störungen des Schlafs. — Für die einzelnen Krankheitsformen ergab sich Folgendes: Passive Melancholie hat im Allgemeinen herabgesetzte Körpertemperatur, oft wenig ausgesprochenes Abendmaximum. Letzteres gilt auch für agitirte Melancholie. Bei Manie ist auf der Krankheitshöhe die Körpertemperatur erhöht. Bei acuter Paranoia fehlt oft das Abendmaximum, unregelmässig vertheilte Maxima sind häufig (motorische und affective Erregungen). Die „incohärente Form“ zeigt besonders starke Tagesschwankungen. Chronische einfache Paranoia zeigt normalen Curvenverlauf, die hallucinatorische Form ähnliche Unregelmässigkeiten wie die acute Paranoia, jedoch seltener und weniger ausgesprochen. Hysterische Psychosen zeigen relatives Zurücktreten des Abendmaximums, zahlreiche Nebengipfel, starke Vergrösserung der Gesammtexcursionsweite. Stupidität

bedingt vertiefte Durchschnittstemperatur. Typus inversus kommt gelegentlich bei allen Psychosen vor, hat keine besondere prognostische Bedeutung. Gelegentliches Auftreten ganz abnorm niedriger Temperaturen findet sich namentlich bei Dementia paralytica und bei incohärenter acuter Paranoia = Amentia anderer Autoren). Halbseitige Differenzen der Achseltemperatur sind bei functionellen Psychosen (ausgenommen Hysterie und Migraine ophtalmique compliquе) sehr selten. Eine gründliche Berücksichtigung der vorhandenen Litteratur begleitet die Arbeit. Mercklin.

207) **Chr. Geill:** Wirkliche und scheinbar impulsive Handlungen.
(Ugeskrift for Lægev. 1894, S. 789—861.)

Der Verf. sucht einen Unterschied zu constatiren zwischen echten, impulsiven Handlungen, welche im Gegensatz zum übrigen Leben des Individuums stehen und sich ihm mit der Macht der absoluten Nothwendigkeit aufdrängen, und solchen plötzlichen, scheinbar unmotivirten Handlungen, welche nicht an sich krankhaft sind. Hierzu rechnet er die instinctiven Handlungen, welche aus den Instincten, Trieben des Individuums hervorgehen, ohne dass der Wille ihr Hervortreten hemmen will oder kann. Sie können Ausschlag von Wahnsinn sein, äussern sich aber auch in vielen Fällen bei Geistesgesunden unter besonderen Umständen, welche abspannend auf den Willen wirken. Ferner die Zwangshandlungen, welche sich von den echten impulsiven Handlungen dadurch unterscheiden, dass sie motivirt sind und keine Dämmerung des Bewusstseins im Augenblicke der Ueberlegung voraussetzen. Dasselbe gilt von den affectiven Handlungen.

Nur die echten impulsiven Handlungen, welche in der Litteratur sehr selten vorkommen, müssen als an sich krankhaft angesehen werden. Die übrigen bedingen nur insofern Unzurechnungsfähigkeit, als ein wirklicher Wahnsinnszustand ihnen zu Grunde liegt. Nachdem der Verfasser zwei Krankengeschichten als die einzigen Exempel echt impulsiver Handlungen, welche ihm in der skandinavischen Litteratur bekannt sind, mitgetheilt hat, spricht er die Ueberzeugung aus, dass solche Handlungen unzweifelhaft als Ausschläge einer manifesten oder larvirten Epilepsie zu deuten sind, welche oft durch Alcoholgenuss hervorgerufen wird. Ein eigentlicher impulsiver Wahnsinn existirt nicht. Koch (Kopenhagen).

208) **Schäfer:** Einfluss der Psychose auf den Menstruationsvorgang.
(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 50, H. 5.)

Erneute Untersuchung des Verhaltens der Menstruation bei den einzelnen psychischen Krankheitsformen. Für die 268 Krankheitsfälle der Jenenser Klinik, welche in Betracht kamen, wurde die dort übliche Classification angewendet. Sch. fand regelmässiges Verhalten der Menstruation bei den chronischen intellectuellen und affectiven Psychosen (chronische Paranoia, angeborener und secundärer Schwachsinn), soweit sie ohne wesentliche Betheiligung abnormer Affecte einhergehen. Ebenso verhalten sich die acuten intellectuellen und affectiven Psychosen, wenn die Affectveränderung eine mässige ist. Ausbleiben der Menstruation während der Krankheitsdauer zeigen die hochgradig exaltativen, depressiven und stuporösen Formen der acuten intellectuellen Psychosen, ferner schwere Manie, die Melancholie und die primären Stuporerkrankungen. Wiederkehr regelmässiger Menstruation beim Uebergang in Besserung und chronischen

Verlauf. Treten im Verlauf chronischer Psychosen acute Phasen ein, welche durch ein besonderes Hervortreten pathologischer Affecte gekennzeichnet sind, so kann die Menstruation während dieses Zeitraumes ausbleiben. Die Menstruation zeigt sich also, wie andere körperliche Functionen, in gewisser gesetzmässiger Weise von der Art der Psychose abhängig. Mercklin.

II. Specielle Psychopathologie.

209) **J. D. Jdanow** (Moskau): De la paralysie générale chez la femme. Etiologie clinique.

(Annales médico-psychologiques 1894, Nr. 3.)

I. kommt in der eingehenden und umfangreichen Arbeit, welche die wichtigsten Arbeiten und Statistiken aus der Litteratur berücksichtigt, sich auf 34 eigene Beobachtungen stützt und mit zahlreichen Tabellen versehen ist, zu folgenden Resultaten:

Die progressive Paralyse der Frauen ist häufiger als man früher glaubte. Unter 104,000 Geisteskranken aus den verschiedenen Irrenanstalten von Belgien, Dänemark, Deutschland, England, Frankreich, Italien, Oesterreich und Russland findet man im Durchschnitt 3 weibliche auf 10 männliche Paralytiker nach der genauen statistischen Methode, oder 1 auf 3,8, wenn man einfach die Gesammtzahl der paralytischen Frauen mit derjenigen der paralytischen Männer vergleicht. In 6 Staaten: Dänemark, Deutschland, England, Italien und Oesterreich ist das Verhältniss zwischen weiblicher und männlicher Paralyse auch ungefähr 3 auf 10, während es in Belgien und Frankreich 4 : 10 ist,

Die Gründe für die abweichenden Angaben früherer Autoren (1 auf 7 bis 8) beruhen auf 2 Umständen: Ungenügende Zahl der Beobachtungen und Zunahme der progressiven Paralyse besonders bei den Frauen (richtiger ist wohl, dass hier die Paralyse wegen ihres gewöhnlich dementen Verlaufes früher viel häufiger übersehen wurde. Die neueren Zusammenstellungen von Wollenberg aus der Charité ergeben übrigens auch ein Verhältniss von 1 auf 3,5. Ref.)

Aetiologisch kommen bei den Frauen wesentlich dieselben Momente in Betracht wie bei den Männern; bei den letzteren scheinen Excesse aller Art (besonders alcoholische [56,5%]), bei den Frauen moralische Ursachen, Kummer, Sorgen und harter Kampf um's Dasein häufiger die Ursache zu sein (Excesse wurden in 32,5% der Fälle, Prostitution unter 656 Fällen in 12,6% constatirt). Neben der Erblichkeit (59%) spielt die Syphilis bei beiden Geschlechtern eine gleich wichtige Rolle (bei 221 Beobachtungen 68%), während Trauma nur in 25% der Fälle als Ursache erwähnt ist. Einer von diesen Factoren allein ist jedoch nicht im Stande, die Paralyse hervorzurufen, sondern es kommen im Allgemeinen mindestens 3 zusammen.

Auch bezüglich des Alters besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Geschlechtern, das begünstigte Alter sind für beide Geschlechter die Jahre zwischen 30 und 40. Der von einigen Autoren behauptete Einfluss des Climacteriums hat geringe Wahrscheinlichkeit.

Einen wesentlichen Unterschied in Form und Verlauf der Paralyse bei den Frauen existirt nach I. nicht, wenn auch einige Eigenthümlichkeiten

beim weiblichen Geschlecht vorkommen. I. fand bei 38 % von seinen 34 paralytischen Frauen die maniakalische Form und bei 20 % ausgeprägten und anhaltenden Grössenwahn. Die Dauer der männlichen Paralyse berechnet I. auf 2, die der weiblichen auf 4 Jahre.

Die Bedeutung der Syphilis für die progressive Paralyse ist eine doppelte. Entweder kann sie direct Veränderungen im Gehirn veranlassen und so ein der Paralyse ähnliches Krankheitsbild (Hirnsyphilis, Pseudoparalysis syphilitica) hervorbringen oder in der weitaus grösseren Zahl der Fälle wirkt sie indirect schwächer, indem sie den Boden vorbereitet, auf welchem sich die Paralyse in Folge anderer Schädlichkeiten entwickelt.

Beim Studium der progressiven Paralyse muss man dem Zustand der inneren Organe (Leber, Milz, Niere) mehr Aufmerksamkeit schenken, da die Leber z. B. in 87 % der Fälle schwere Veränderungen zeigt. Vorläufig lässt sich allerdings noch nicht sagen, ob dieselben vor oder während der Paralyse auftreten.

Die Differentialdiagnose zwischen progressiver Paralyse und syphilitischer Pseudoparalyse ist meist ausserordentlich schwierig. Das sicherste Merkmal ist noch die Heilung durch eine specifische Behandlung.

Desshalb sollte man in allen Fällen, besonders aber in denjenigen mit sicheren luetischen Antecedentien eine mässige syphilitische Behandlung versuchen, wenn auch bisher selten Erfolge erzielt worden sind.

Hoppe.

---

210) **R. v. Krafft-Ebing:** Ueber die Zunahme der progressiven Paralyse im Hinblick auf die sociologischen Factoren.

(Jahrbücher f. Psych., Bd. XIII, H 2 u 3.)

Die völlige Veränderung der socialen Verhältnisse, wie sie sich bei allen europäischen Culturvölkern im XIX. Jahrhundert entwickelt hat, ist in erster Reihe als Ursache für die Zunahme der progressiven Paralyse verantwortlich zu machen. Der Niedergang der Landwirthschaft, das Anwachsen der Städte, die Deterioration gewisser Schichten der Bevölkerung, die Vernichtung des Kleingewerbes, die sich ins Maasslose steigernde Concurrenz, der Missbrauch stimulirender Genusssucht, die zunehmende Schwierigkeit der Existenzbedingungen sind Factoren, die das Hirn erschöpfen und den Boden für die Ausbreitung der progressiven Paralyse vorbereiten. Ferner lässt es sich ohne Weiteres beweisen, dass Alles, was bezüglich socialer Verhältnisse die Entstehung der Syphilis fördert, auch der Entstehung der progressiven Paralyse Vorschub leistet. Dahin gehöre die Unmöglichkeit einer frühzeitigen Eheschliessung, die vielfach noch mangelhafte Controlle der Prostitution, die Gelegenheit, seine sexuellen Bedürfnisse in bequemster Weise ausserehelich zu befriedigen und die Anregung zur Sinnlichkeit, wie sie in den Grossstädten täglich geboten wird. Diejenigen Landstriche, in denen der Einzelne unter relativ günstigen Lebensbedingungen seinen Unterhalt erwirbt, die noch nicht völlig dem Einfluss „der Civilisation" unterworfen sind, zeigen eine auffallend geringe Erkrankungsziffer an der progressiven Paralyse. In Algier beobachtete man von 1860—1877 keinen einzigen Fall von progressiver Paralyse, während von da ab bis 1890 13 Erkrankungsfälle gezählt wurden. Diese 13 Kranken hatten mit der früheren Lebensweise gebrochen, waren Stadtbewohner geworden und hatten europäische

Berufe angenommen. Alle Statistiken stimmen darin überein, dass die Aufnahmeprocente paralytischer Kranker bedeutende Unterschiede aufweisen, je nachdem, ob die Anstalt ihren Zuwachs aus einer städtischen oder einer ländlichen Bevölkerung bezieht. Für die Erfahrung, dass die Paralyse in allen Culturländern zunimmt, lässt sich weiter die Thatsache anführen, dass diese Erkrankung beim weiblichen Geschlecht bedeutend anwächst. In den 60er Jahren berechnete man das Verhältniss der männlichen Paralytiker zu den weiblichen etwa 8 : 1, während sich heut zu Tage nach einer Arbeit von Idanoff folgende Zahlen ergeben: Für Dänemark 3,49 : 1, für Mittel- und Oberitalien 3,22 : 1, Russland 3,15 : 1, England 2,89 : 1, Belgien 2,77 : 1, Frankreich 2,40 : 1. — Der Alcoholmissbrauch scheint für die Zunahme der progressiven Paralyse ein entscheidendes ätiologisches Moment zu bilden. Behr.

---

211) **Giov. Selvatico**: Amnesia retro-anterograda emotiva.
(Riforma medica 5, I, 1894.)

Eine über 60 Jahre alte Frau, erblich belastet — eine Schwester bigott und vorübergehend irr, ein Bruder Dipsomane (also wahrscheinlich epileptisch, Ref.), ein anderer excentrisch — beim Climacterium von 2 Jahre langen schweren „vasomotorischen" Beschwerden heimgesucht, erhält Kunde von Krankheit ihres Bruders, die ihr schwere Sorge macht. Wenige Wochen danach ein Telegramm, das sie zu sofortiger Abreise veranlasst. Noch kurz zuvor ganz geordnet, giebt sie dem begleitenden Arzte auf dem Wege zum Bahnhofe Zeichen einer leichten Verwirrung zu erkennen und fragt, wohin die Reise gehe; an die Krankheit ihres Bruders erinnert, weint sie heftig; mehrmals sucht sie dann nach ihrer Brieftasche, als ob sie dieselbe daheim gelassen hätte. Im Coupé zeigt sich, dass sie, bei äusserlich geordnetem Benehmen, das Telegramm selbst und alles, was sich kurz vor- und nachher (im Zeitraum von 6 Stunden) zugetragen, vergessen hatte. Die Amnesie dauerte bis zur Ankunft im Hause ihres Bruders, wo sie die Nachricht von dessen Tode empfing — Die Ursache dieser circumscripten Amnesie sieht S., da andere (Dementia senilis, Epilepsie, Alcohol etc.) fehlen, allein im „moralischen Shock" und vergleicht sie selbst am ehesten mit einem Traumzustand (Bei der grossen Häufigkeit von Gedächtnissstörungen im senium dürfte indess dem hohen Alter der Dame ein erhebliches ätiologisches Moment zufallen. Ref.) Trömner.

---

212) **Ant. Marro**: Della pazzia gemellare.
(Annali di freniatria e scienze affini. Torino 1893.)

Zwei Fälle von Zwillingsirresein regten M. zu einer ausführlichen Studie an, besonders in Hinsicht auf die Gesetze der Vererbung normaler und pathologischer Anlagen.

I. Fall. Von 2 Zwillingsschwestern, Serafine und Angela, belastet durch Potatorium des Vaters, erkrankt die erste, 22 Jahre alt, nach anstrengender Arbeit und psychischem Trauma an einer Melancholie, die nach kurzer Dauer in Manie um- und bald darauf in die depressive Phase zurückschlug, jetzt mit heftigen Selbstanklagen und Selbstmordversuch. Bald nach Serafine's Erkrankung beginnt auch Angela Angst und Furcht vor Krankheit zu äussern, wird gehemmt traurig, hallucinirt, schlägt aber auch bald in

eine Manie um, von der sie kurze Zeit nach der, auch zuerst erkrankten, Serafine genas.

II. Fall. Giuseppina und Rosa sind Zwillingsschwestern, die erblich belastet — Vater Potator, Mutter hemicranisch — doch so ähnlich sind, dass sie nicht nur äusserlich kaum zu unterscheiden sind, sondern auch bisher immer an denselben Krankheiten zu gleicher Zeit litten (z B sich immer zu gleicher Zeit erkälteten, im Frühjahr zu gleicher Zeit Würmer bekamen — „dovevansi somministrare gli antielmintici“ — etc.). Giuseppina, schon im 3. Jahre in Folge eines Schreckes eine Zeit lang deprimirt, verfällt, 34 Jahre alt, nach dem Tode ihrer jüngsten Tochter, einer schweren Melancholie mit Selbstmordversuchen, Hallucinationen, Parästhesien, Teufelsvisionen etc. Ein Jahr danach erkrankte auch Rosa an Verdauungsstörungen, heftiger Angst um die Schwester, Furcht vor Selbsterkrankung, Parästhesien, glaubt verhext zu sein, zum Selbstmord gezwungen zu werden etc.

Völlige Heilung sei bei beiden zu erwarten trotz des paranoischen Characters der letztgenannten Psychose. Eine bestimmte Diagnose ist im letzten Falle nicht ausgesprochen, doch dürfte es sich wie im ersten um Phasen des circulären Irreseins handeln.

Als Parallelen zu den eigenen Beobachtungen hat M. noch 23 andere Fälle von Zwillingsirresein tabellarisch zusammengestellt.

Bezüglich der Deutung dieser Psychosen nun theilt M. Ball's Ansicht dass congenital gleiche Organisation sie bedinge, wenn auch Induction eine Rolle bei ihrer Erzeugung spielen könne.

Das eine Zwillingsirresein wird durch 3 Punkte characterisirt:

1. Gleiche Anlage und Veranlassung;
2. Parallelismus der Symptome;
3. Gleicher Verlauf bis zum Schluss.

Trömner.

---

213) **Aug Hochmann**: Statistik der in den Jahren 1874—1892 in die städtischen Krankenanstalten zu Königsberg aufgenommenen Geisteskranken und Deliranten mit besonderer Berücksichtigung des procentualen Verhältnisses der Heilbaren und Unheilbaren. Königsberger Dissertation.

(Königsberg i. Pr, Liedtke, 1894.)

1. Von 1742 während der angegebenen 18 Jahre in Behandlung der städtischen Krankenanstalt gewesenen Deliranten wurden 1530 = 87,83 % geheilt, 10 = 0,57 % sind ungeheilt entlassen worden und 2_0 = 11,46 % gestorben. — Den Heilungsprocentsatz, desgleichen den Procentsatz für die Sterblichkeit stellt der Verfasser als günstig hin, umsomehr, wenn man die relativ hohe Zahl der bereits moribund in die Anstalt Verbrachten berücksichtigt. — Unter den Complicationen nahmen die Pneumonie, Pleuritis und Pleuropneumonie die erste Stelle ein (hieran litten 212 Deliranten = 12,17 % aller Fälle), nächst diesen Processen kommen Fracturen, Wunden, Contusionen, Erysipel und Krämpfe in Betracht. — Zu den als ungeheilt Entlassenen, deren Procentsatz ein recht minimaler ist, zählen noch diejenigen, bei denen das Delirium in protahirtes Delirium (= chronisches Irresein) überging, sowie diejenigen, die vor ihrer vollständigen Genesung von ihren Angehörigen aus der Anstalt genommen wurden.

Eine Erscheinung von volkswirthschaftlichem Interesse ist die, dass die Zahl der aufgenommenen Deliranten vom Jahr 1886 an erheblich abgenommen hat (1874—1886 : zwischen 86 und 142, im Durchschnitt 114; 1886 : 84; 1887 : 62; 1888 : 69; 1889 : 56; 1890 : 73; 1891 : 69; im Durchschnitt für die letzten Jahre 69); den Grund hierfür glaubt der Verf. nicht zum mindesten der Vertheuerung des Branntweins zuschreiben zu dürfen.

2. Es wurden in den 18 Jahren überhaupt behandelt 4251 Geisteskranke und Deliranten zusammen und zwar mit folgendem Resultat:

2519 Geisteskr.	geheilt 796	gebessert 280	ungeheilt 1136	gestorben 253
1742 Deliranten	„ 1530	„ —	„ 10	„ 200
4251 zusammen	„ 2326 (= 54,72 %)	„ 280 (= 6,59 %)	„ 1146 (= 26,96 %)	„ 453 (= 10,66 %)

Nach der Statistik über sämmtliche Irrenanstalten Preussens wurden in den Jahren 188 — 1888 im Ganzen 64,887 Geisteskranke behandelt resp. verpflegt; davon wurden geheilt 8105 = 12,49 %; gebessert entlassen 5995 = 9,24 %; ungeheilt schieden aus 12,046 = 19,95 % und starben 8921 = 13,29 %.

Ein Vergleich dieser Statistik mit der am Königsberger Krankenhause gewonnenen zeigt, dass diese letztere sich hinsichtlich des Behandlungsresultates wesentlich günstiger stellt; der Grund hierfür liegt nach Ansicht des Verfassers darin, dass der städtischen Krankenanstalt heilbare resp. frische Fälle in besonders reichlicher Menge zufliessen und dass auch die Zahl der Deliranten, die ja günstigere Aussichten auf Heilung bieten, eine relativ grosse gewesen ist. Aber auch nach Abzug der Deliranten stellt sich der Procentsatz der Heilungen immer noch günstiger als der Durchschnitt der preussischen Irrenanstalten (31,83 : 12,49 %).

Buschan.

---

214) Ostermayer: Eigenthümliche Erscheinungsweise des Tremor bei Delirium tremens alcoholicum.

(Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 50, p. 673.)

Sehr kurz gehaltene Krankheitsgeschichte eines 34jährigen Trinkers, der mit schwerer Bewusstseinsstörung und fiebernd zur Aufnahme kommend neben schwachem linksseitigem Tremor einen aussergewöhnlich starken Tremor der rechtsseitigen (in der Muskulatur stärker entwickelten) Extremitäten zeigte. Der veröffentlichte Status pr. ist nicht nach allen Seiten vollständig, so dass für den Leser eine entschiedene Beurtheilung mancher Erscheinungen (träge Reaction der rechten Pupille, verstrichene rechte Nasolabialfalte, Hängen der rechten Gesichtshälfte, gesteigerter Patellarreflexe, besonders rechts, desgleichen Fussclonus) unmöglich ist. Auch scheint, selbst nach der Genesung des Kranken, keine brauchbare Anamnese gewonnen worden zu sein. O. behauptet, dass „die Halbseitigkeit“ nervöser Störungen für den Alcoholismus als solchen allenfalls etwas Characteristisches ist, was nicht zugegeben werden kann. In der weiteren Besprechung der halbseitigen Störungen bei Alcoholismus fehlt die Heranziehung der neueren Arbeiten über Alcoholismus und Hysterie. Mercklin.

---

215) **Bror Gadelius:** Ett ovanligt fall af stupor med nära 9-årig oafbruten tvangsmatning; uppvaknande; total amnesi; helsa. (Ungewöhnlicher Fall von Stupor mit ungefähr 9jähriger Zwangsfütterung; Erwachen; totale Amnesie; Heilung.)

(Hygiea, 56. Bd., 1895, S. 354.)

Ein 32jähriger Schneider, welcher immer etwas verschlossen gewesen ist, zeigte vom October 1881 Unruhe, Aengstlichkeit und leichtere Verfolgungsideen. Ungefähr ein Jahr später musste er ins Krankenhaus, hauptsächlich wegen Nahrungsverweigerung, aufgenommen werden. Im Anfange lag er hier reactionslos im Bette, antwortete auf jede Zusprache mit den Worten: „schönes Wetter heute", die Muskeln waren vollkommen schlaff, auf Gefühlseindrücke reagirte er in keiner Weise, selbst die stärksten faradischen Ströme schien er nicht zu fühlen. Meistens ass er von selbst, musste jedoch ab und zu gefüttert werden. Nach und nach wurde er mehr stuporös und atonisch, er war ganz stumm und vom 24.|IV. 1883 musste er unausgesetzt bis zum 12.|II. 1892 mittelst der Sonde gefüttert werden. Er leistete keinen Widerstand gegen die Fütterung und das Körpergewicht nahm in dieser Zeit von 46 Kilogramm bis zu 73 Kilogramm zu. Vom Mai 1886 wurde er öfters ausserhalb des Bettes angetroffen, rührte sich ein wenig und guckte im Zimmer umher, wenn er sich unbemerkt glaubte. Sobald sich aber Jemand näherte, lag er wie vorher unbeweglich im Bette. Im Februar 1891 war die Anästhesie verschwunden und vom 12|II. 1892 begann er wieder von selbst zu essen und zu sprechen. Seine Heilung schritt nun rasch vorwärts, es zeigte sich aber, dass er alles aus seinem früheren Leben und sein Handwerk verlernt hatte, so dass er alles von Neuem lernen musste. Erst Mitte 1893 wurde er als völlig geheilt entlassen

Der Verfasser fasst dieses Krankheitsbild als eine quasi-paranoische Psychose bei einem Degenerirten auf, einen Dämmerzustand mit zunehmender Lähmung der Persönlichkeit, ein délire d'emblée oder systematisée à la Magnan. In der eingehendsten Analyse des Falles widmet der Verfasser der langdauernden Zwangsfütterung besondere Aufmerksamkeit.

Koch (Kopenhagen),

G. Degeneratons-Anthropologie.

216) **H. Burger** (Amsterdam): Aangeboren Misvorming der Oorschelp en Otoplastiek. (Congenitale Missbildung der Ohrmuscheln und Otoplastik.)

(Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1894, Nr. 1?.)

B. hat mit Glück in zwei Fällen Deformitäten der Ohrmuschel operirt. Dieselben sind selten und interessant, beidemale waren die Ohrmuscheln einer Seite nach vorn und unten umgeklappt, bedeckten den Gehörgang und zeigten, von der Seite gesehen, nicht die concave, sondern die hintere convexe Seite („Katzenohr"). Bei dem einen Falle war die gleichseitige, bei dem anderen die ungleichseitige Gesichtshälfte viel schwächer entwickelt, aber ohne Innervationsstörungen. Keinerlei psychische Anomalie der Individuen oder in ihren Familien. In dem einen Falle bestand zugleich knöcherner Verschluss des äusseren Gehörganges ohne schwerere Functionsstörung des inneren Ohrs.

Kurella.

217) **Winkler** (Utrecht): Over de lichamelijke tekenen der psychische ontaarding. (Ueber die körperlichen Zeichen der psychischen Entartung.)

(Nederl Tijdschr. v. Geneesk. 1894, Nr. 24, p. 798.)

In einem geistvollen Vortrag bringt W. eine Zusammenstellung der bisher anerkannten Degenerationszeichen und eine kurze Darstellung ihrer Beziehung zu congenitalen psychischen Anomalien. Bemerkenswerther Weise sieht er in beiden Erscheinungsreiben nicht Wirkungen erworbener Anomalien der Ascendenten an den Descendenten, sondern Zeichen einer spontanen Keimesvariation im Sinne Weismann's.

Kurella.

---

216) **Waldeyer:** Ueber einige Gehirne von Ostafrikanern. Vortrag, gehalten auf der XXV. allgemeinen Versammlung der deutschen anthropologischen Gesellschaft in Innsbruck.

(Correspondenzblatt d. deutsch. Gesellsch. f. Anthropologie 1894, Nr. 10.)

Die anatomische Untersuchung von 10 Gehirnen eingeborener Ostafrikaner (Zulus, Sudanesen, Suaheli und Wanyamwesi (übersandt von Dr. Stendel von der Schutztruppe) ergab folgende bemerkenswerthe Unterschiede vom Europäer-Gehirn:

1. Das geringe Hirngewicht; dasselbe erreichte auch bei der höchsten Ziffer nicht das Durchschnittsgewicht des Gehirns des europäischen Mannes. Im frischen Zustande: Zulu: 1050 g; Suaheli und Küstenneger: 1125, 1250 und 1175 g; Sudanesen: 1030 und 1150 g; Wanyamwesi 780 (nach Alcoholhärtung nur 630 g), 1150 und 1285 g. Dieses Ergebniss ist trotz des immerhin gering zu nennenden Untersuchungsmaterials höchst beachtenswerth, da erst verhältnissmässig wenige Wägungen vorliegen und die Stendel'schen Wägungen die bisherigen Erfahrungen bestätigen.
2. Die schwache Nebengliederung und Angliederung der Centralwindungen, welche sich u. a. durch das relativ häufige Vorkommen von durchgehendem Sulcus präcentralis und retrocentralis erwies.
3. Die Kleinheit und das Freiliegen der Reil'schen Insel.
4. Die wiederholt beobachtete dichte Zusammenlagerung des Sulcus temporalis primus und der Fossa Sylvii. Ob die unter Nr. 2—4 angegebenen Eigenschaften durchgreifende Unterschiede abgeben, will W. auf Grund von nur 10 Gehirnen zwar nicht direct behaupten, jedoch von weiteren Forschungen abhängig machen.

Wegen der Einzelheiten vergleiche man das Original.

Buschan.

III. Bibliographie.

XXIII) **C. Mingazzini**: Il Cervello in Relazione con i Fenomeni psichici. Studio sulla morfologia degli emisferi cerebrali dell'uomo. (Das Gehirn in Beziehung zu den psychischen Erscheinungen. Untersuchungen über die Morphologie der Hirnhemisphären des Menschen.) Mit einer Einleitung von Sergi. VIII und 205 Seiten. Mit 43 Figuren.

(Turin. Gebrüder Bocca. 1894.)

Die vorliegende Arbeit Mingazzini's bildet einen Band der gerichtlich-anthropologischen Bibliothek, welche in dem Bocca'schen Verlage erscheint und die wichtigsten Beiträge von Lombroso und Ferri enthält. Mingazzini erörtert seinen Gegenstand mit grosser Gründlichkeit und Berücksichtigung der gesammten einschlägigen Litteratur. Die einzelnen Kapitel behandeln die Morphologie der Hirnhalbkugeln bei dem menschlichen Fötus, den Primaten, den beiden Geschlechtern, den verschiedenen Menschenrassen, den Menschen von hervorragenden geistigen Fähigkeiten, den Gehirnen, welche aus missbildeten Schädeln stammen, den Verbrechern, den Geisteskranken, Taubstummen und Microcephalen. Wegen der grossen Zahl der einzelnen Thatsachen, welche mitgetheilt werden, eignet sich der grössere Theil der Arbeit nicht zur Wiedergabe im Referate. In einem Schlusskapitel stellt der Verfasser die verschiedenen Theorien zusammen, welche bisher über das Wesen und die Ursachen der Microcephalie aufgestellt worden sind. Es stehen sich besonders zwei verschiedene Auffassungen gegenüber: entweder wird eine Entwicklungshemmung oder ein pathologischer Process im Gehirne als Ursache angenommen. In vielen microcephalen Gehirnen, auch in solchen, die Porencephalie, Amyloiddegeneration, Sclerose oder andere pathologische Processe erkennen lassen, kommen Abweichungen vor, die einem Zustande der fötalen Hirnrinde oder derjenigen von Affen entsprechen. Mingazzini glaubt nun, dass Entwicklungshemmungen nur durch Erkrankungen während der Entwicklung entstehen, dass überall, wo man am Gehirne des Erwachsenen eine Bildung findet, die im Fötus oder bei einem Affen die normale ist, während des Lebens vor der Geburt ein krankhafter Process sich abgespielt habe. Dieser kann nun durch einen abnormen Druck auf den Fötus oder durch eine Verengerung der Knochenkanäle im Schädel und eine dadurch verursachte Circulationsstörung im Gehirne, oder durch eine vorzeitige Verwachsung der Schädelknochen oder durch irgend eine andere Störung verursacht sein. Auf diese Weise vermittelt Mingazzini zwischen den beiden einander gegenüberstehenden Erklärungsversuchen für die Microcephalie. Auch an dem Gehirne von Verbrechern sind ungewöhnliche Windungsformen, die zum Theil fötalen Zuständen entsprechen, häufiger als bei Normalen.

Mingazzini vereinigt die beiden Anschauungen, dass das Verbrecherthum einen Rückfall in frühere Zustände darstelle, und dass es als eine krankhafte Erscheinung aufzufassen sei, durch die Erklärung, dass jeder Atavismus die Folge eines pathologischen Processes sei.

Otto Snell.

XXIV) Freiherr **v. Schrenck-Notzing**: Ein Beitrag zur Aetiologie der conträren Sexualempfindung.

(Wien 1895, A. Hölder.)

Der Verfasser wendet sich gegen die in den letzten Jahren von Chevalier und v. Krafft-Ebing zur Erklärung der conträren Sexualempfindung aufgestellte Theorie. Nach dieser sollen entsprechend der ursprünglich bisexuellen Anlage der menschlichen Geschlechtsorgane auch die zugehörigen spinalen und cerebralen Centren bisexuell veranlagt sein. Während normaliter sich das cerebrale und spinale Centrum entwickelt, welches der zur Ausbildung gelangenden Geschlechtsdrüse entspricht, soll bei den Urningen die bisexuelle Anlage im Nervensystem persistiren oder selbst das der Geschlechtsdrüse nicht entsprechende Centrum eine überwiegende Entwicklung erlangen, wodurch conträre Sexualität bedingt wird. Dieser Auffassung gegenüber macht v. Schrenck-Notzing in der vorliegenden Arbeit die schon früher geäusserte Ansicht mit Nachdruck geltend, dass der Antheil der occasionellen Momente für die Art der sexuellen Triebrichtung ausschlaggebend sei. Zur Stütze seiner Auffassung theilt der Autor 3 Fälle conträrer Sexualempfindung bei erblich sehr belasteten Individuen mit, in welchen durch Psychotherapie (hypnotische Suggestion) die Herstellung heterosexueller Empfindung gelang. L. Löwenfeld.

XXV) **J. Dallemagne** (Bruxelles): Dégénérés et Desequilibrés.

(Paris. Felix Alcan. 1895.)

Die Grundlage des uns vorliegenden Werkes, welches den ersten Versuch einer zusammenfassenden Darstellung der Degenerationslehre in ihrer neuen Entwicklung repräsentirt, bildet eine Reihe von Vorträgen, welche vom Verfasser vor einem Kreise von Juristen — Le Jeune Barreau de Bruxelles — gehalten wurden. Die ersten 3 Vorträge, „die menschliche Persönlichkeit“, „die Thatsachen des Unterbewusstseins“, „das Feld des Bewusstseins“ enthalten psycho-physiologische Erörterungen, welche als Einleitung für die in den folgenden Vorträgen behandelten pathologischen Themata dienen sollen. Vortrag 4, „Ursprung und Grenzen der Gruppe der Degenerirten“, beschäftigt sich mit der geschichtlichen Entwicklung des Degenerationsbegriffes von Morel bis auf Magnan und Charcot, Vortrag 5 mit „den Ursachen der Degeneration und Desequilibration“, Vortrag 6 mit den „Stigmen der Degeneration und Desequilibration“. In den folgenden Vorträgen werden besprochen: „Die niederstehenden Degenerirten“, (dégénérés inférieurs, Idioten und Imbecile), „die Epilepsien“, „Aetiologie und Mechanismen der Epilepsien“, „Epileptische und Degenerirte“, „die Formen der Hysterie“, „hysterische Stigmata und Degeneration“, „die Neurasthenischen“, „die sexuellen Psychopathien“, „die pathologische Impulsivität“ (Zwangsvorstellungen, criminelle und andere Zwangsimpulse und Zwangshandlungen), „die pathologische Emotivität und Intellectualität“ (Phobien, Folie du doute und délire du toucher, verschiedene Aeusserungen pathologischer Emotivität, Genie und Degeneration etc.), „Degeneration und Criminalität“.

Mehr als die Eintheilung des Stoffes, welche zu mannigfachen unseres Erachtens vermeidbaren Wiederholungen führt, dürfte die Ausdehnung

Bedenken erregen, welche D. dem Gebiete der Degeneration und Desequilibration zu geben für gut findet. Wir können nur Einiges von den sehr weitschweifigen Erörterungen anführen, durch welche er den Nachweis liefern zu können glaubt, dass die Einreihung der Neuropathen jeder Sorte in die Gruppe der Degenerirten völlig gerechtfertigt ist. Zwischen dem einfachen Hereditarier, bemerkt er, und dem Degenerirten bestehen nur Unterschiede quantitativer Art; der degenerirte Neuropathische unterscheidet sich vom gewöhnlichen Neuropathischen nur durch stärkere erbliche Belastung. Die Degeneration erheischt ein dreifaches Criterium: Prädisposition, Involution und schliesslichen Untergang. Die Frage, ob die Neuropathien diesem dreifachen Criterium entsprechen, beantwortet der Autor bejahend; was er jedoch zur Begründung seiner Auffassung vorbringt, sind zum Theil Behauptungen, die ausser der kühnen Phantasie des Autors kaum irgend eine Basis haben. So bemerkt er: „Im Allgemeinen nimmt die Prädisposition von der Neurasthenie gegen die Hysterie und die Epilepsie hin zu. Während sie bei ersterer schwach, kaum aufzufinden ist, begreift man ihre Abwesenheit bei der letzteren nicht. Die regressive Involution andererseits beginnt zuweilen mit der Neurasthenie; sie scheint häufig mit der Epilepsie zu enden. Der Neurasthenische scheint den Gipfelpunkt eines Abhanges einzunehmen, welcher nach abwärts bis zu den degenerirtesten Epileptischen sich erstreckt und in der That, diese Entwicklung bewahrheitet sich häufig.“ Auf welche Erfahrungen D. letzteren Satz stützt, ist unerfindlich. Wenn man auch mit Déjerine, welchen der Verfasser des Oefteren citirt, annehmen wollte, dass die Neurasthenie den Stamm der grossen neuropathologischen Familie darstellt, so wird man doch die Weiterentwicklung der Neurasthenie speciell in der Richtung der Epilepsie als ein noch dazu häufiges Factum keineswegs zugeben können. Neurasthenische hat es zwar wohl schon in grauester Vorzeit gegeben, unsere genauere Bekanntschaft mit der Neurasthenie ist jedoch noch nicht 2 Decennien alt. Wir sind daher heutzutage auch noch nicht in der Lage, auf Grund ausreichender Erfahrung festzustellen, welche Krankheitszustände auf dem Wege der Vererbung von der Neurasthenie besonders häufig ihren Ausgang nehme. Dallemagne entgeht es übrigens nicht, dass die Neurasthenie auch ohne Prädisposition sich entwickeln kann und dass sie nicht nothwendig sich vererben muss; allein dieser Umstand hindert ihn nicht, dieselbe unter die degenerativen Neuropathien einzureihen. Die acquirirte Neurasthenie bildet für ihn nur die oberste Sprosse auf der Stufenleiter der Degeneration. Er erkennt mit Charcot nur eine Grundursache der Hysterie an: die Heredität; dass gewichtige Stimmen eine andere Auschauung vertreten, kommt für ihn nicht weiter in Betracht. „Die Hysterische in der That gehört vollständig der Degeneration an. Sie gehört ihr an durch die Desequilibration, welche sie zeigt, durch ihre Stigmata und ihren Automatismus, welcher sie impulsiv macht; sie gehört ihr an durch ihre Zwangsvorstellungen, Phobien und die Syndrome der Degeneration, von welchen Magnan spricht“. D. steht hier ganz unter dem Banne der Janet'schen Auffassung, deren Irrthümlichkeit Referent (Centralblatt 1894, S. 235 ff.) dargelegt hat. Dass von den Epilepsien die partielle nicht an das Vorhandensein einer Prädisposition gebunden ist, eine solche auch zumeist bei derselben sich nicht findet, gesteht der Autor zu;

er kennt auch die nahen Beziehungen, welche zwischen partieller und genuiner Epilepsie obwalten, allein alles dies hält ihn nicht ab, die Epilepsie ohne Unterschied der Degeneration zuzuweisen. Während der Autor dergestalt das Gebiet der Degeneration und Desequilibration durch die vollständige Einverleibung der Neurasthenie, Hysterie und Epilepsie über die bisher gewöhnlich angenommenen Grenzen erweitert, lässt er auf der anderen Seite verschiedene zweifellos diesem Gebiete angehörige Neuropathien ausser Betracht. Die hereditäre chronische Chorea, die Friedreich'sche Krankheit und verschiedene andere in neuerer Zeit beschriebene familiale Erkrankungen des Nervensystems, welche die Kriterien der Degeneration in ausgesprochenstem Maasse aufweisen, finden in dem Buche keine Erwähnung. Verständlich wird dies, wenn man einen sogleich zu erwähnenden Umstand berücksichtigt. Die Quelle, aus welcher die Darstellung D.'s schöpft, ist anscheinend lediglich die Litteratur und manche Abschnitte des Buches zeigen sogar einen rein compilatorischen Character. Eigene Erfahrung des Autors tritt in keinem Theile seines Werkes in merklicher Weise hervor und wer das Buch in der Absicht zur Hand nimmt, darin neue Thatsachen oder überhaupt selbstständige Beobachtungen des Verfassers zu finden, wird dasselbe enttäuscht weglegen. Aber auch die von dem Verfasser benützte Litteratur zeigt sehr erhebliche Lücken. Nur die französische und zum Theil die italienische Litteratur des Gegenstandes findet bei ihm eingehendere Berücksichtigung. Die in Betracht kommende deutsche Litteratur ist dagegen zum grösseren und wichtigeren Theile ihm gänzlich unbekannt geblieben, so die Arbeiten Näcke's, Kirn's, Bär's, selbst die so verdienstvolle Darstellung der psychopathischen Minderwerthigkeiten von Koch, nicht minder die neueren grösseren Werke über Neurasthenie, von zahlreichen deutschen Publicationen über Epilepsie, Hysterie, Zwangsvorstellungen und Aehnliches ganz zu schweigen.

Auf der anderen Seite lässt sich nicht in Abrede stellen, dass D. an den verschiedenen Theorien, welche auf dem Gebiete der Degenerationslehre und der erwähnten Neuropathien aufgestellt wurden, zum Theil eine treffende Kritik ausübt und die Bedeutung der einzelnen besprochenen pathologischen Zustände für die Rechtspflege in eingehender und überzeugender Weise darlegt. Die kritische Schärfe des Autors zeigt sich besonders in dem letzten Vortrage, welcher auch von dem in den übrigen Vorträgen sehr hervortretenden rhetorischen Schwulste ziemlich frei gehalten ist. Wir wollen hier nur 2 Stellen aus demselben anführen:

„Das Recht zu strafen bleibt unangetastet, wie auch immer die Lehre und die Schule sein mag, und es bedarf zu seiner Begründung durchaus nicht irgend einer individuellen Verantwortlichkeit. Das Recht zu strafen kann somit auf verschiedene Art formulirt werden, mit und ohne freien Willen (libre arbitre). Die Verantwortlichkeit dagegen — und die reinen Klassischen allein befinden sich in diesem Punkte in Uebereinstimmung mit der Logik — begreift sich nur bei absoluter Freiheit. Ausserhalb derselben lässt sich die Verantwortlichkeit nicht erklären und noch weniger rechtfertigen“. (S. 620.)

„Wir können daher das Verbrechen als Manifestation der Degeneration nur bei einem Individuum betrachten, welches durch die Stigmata des

Degenerirten gekennzeichnet ist. Bei Mangel dieser Stigmata genügt das Verbrechen nicht, um den Rückschlag zu characterisiren. Das Verbrechen, wie jede Aeusserung der menschlichen Persönlichkeit ist ein Product des Organismus und des Milieu. Das ist ein unbestreitbarer Satz, welchen die ganze Entwicklung bestätigt, und die Intervention der Degeneration als nothwendig beanspruchen, heisst die Möglichkeit einer momentanen Präponderanz des zweiten der beiden Factoren, des physischen oder socialen Milieus, in Abrede stellen". (S. 634.) L. Löwenfeld.

XXVI) **Wyllie:** The disorders of speech.
(Edinbourgh. Oliver & Boyd. 495, p. 8. 1894.)

Das Buch ist der Neudruck einer Reihe von Artikeln, die in der 1893er October- und der 1894er Mainummer des Edinburg Medical Journal erschienen sind. Hinzugefügt hat Dr. Wyllie 3 instructive Fälle von Sprachstörungen und ein Resumé seiner Lehre von der Physiologie des Larynx. Alles in Allem bildet das Buch eine ziemlich vollständige Abhandlung über die verschiedenen Störungen des Sprachvermögens.

Den Anfang bilden die „functionellen" Störungen der Articulation, incl. Stammeln, hysterische Aphonie und functionelle Lähmungen des Articulationsapparates. Diese Kapitel verrathen ein grosses Geschick in klinischer Beobachtung und practischem Urtheil. Dr. Wyllie's Darstellung der Vokale in seinem „physiologischen Alphabet" ist wirklich bewundernswerth.

In dem Theile, welcher die Sprache in ihrer Beziehung zu den Krankheiten des Nervensystems behandelt, wiederholt der Autor die Hauptsätze, welche aus unzähligen Fällen von Aphasie zusammengetragen werden konnten; nur weniges von Bedeutung ist seinem Scharfblick und seiner Belesenheit entgangen. Indessen hätte Dr. W. sein Buch noch verbessert, wenn er einige Stellen umgeändert, andere gekürzt hätte und ein wenig Aufmerksamkeit denjenigen Beobachtungen geschenkt hätte, welche nach seinen verschiedenen Aufsätzen im Journal erschienen. Nach kurzer Erörterung der Frage, wie weit Worttaubheit mit dem Verlust der musikalischen Fähigkeit verbunden sei, bemerkt er, dass dies ein Gegenstand künftiger Forschung und bis jetzt noch zu wenig beachtet worden sei. Dies wurde zuerst im August 1893 veröffentlicht; seitdem hätte aber Dr. Wyllie länger als ein Jahr Gelegenheit gehabt, zu sehen, was zur Erforschung dieser Frage in manchen wohlbekannten Zeitschriften von Brazier, Oppenheim, Wallaschek u. A. beigetragen wurde.

Da Dr. W. lange nachgedacht und viel geschrieben hat über die Störungen der Sprache, so hat er natürlich auch philosophische Betrachtungen über die Sprache selbst angestellt. Hier zeigt er eine ausgedehnte Bildung in Sprachen und Philosophie. Nichtsdestoweniger hätte er den Werth seines Buches gesteigert, wenn er die eigenen Kenntnisse kühner verwerthet hätte. Meist stützen sich seine Bemerkungen über den Ursprung der Sprache auf Aussprüche von Autoritäten, die er, zu bescheidener Weise, meistens weder bekämpft noch corrigirt. Nachdem Dr. Wyllie z. B Max Müller's Meinung, dass es keine Gedanken ohne Worte giebt, und Dr. Ponceau's Ansicht, dass der Gedanke überhaupt niemals adäquat ausgedrückt, sondern nur „suggerirt" werden könne, angeführt hat, bemerkt er, dass

wie gewöhnlich die Wahrheit vermuthlich in der Mitte zwischen beiden extremen Ansichten liege. Sicherlich ist diese Methode, ein entscheidendes Urtheil zu umgehen, geeignet, den Schein einer gewissen Weisheit zu erzeugen.

Was aber nützt Dr. Wyllie's Studium der Aphasie, wenn es nicht einmal die Verkehrtheit von Max Müller's Aussprüche über diesen Punkt darthun kann oder will?

Die Physiologie der Sprachfunctionen ist sorgfältig behandelt mit Hülfe einiger gut ausgeführter Bilder und Durchschnitte.

Die zahlreiche Casuistik vermehrt zwar die Länge des Buches um ein beträchtliches, erhöht aber seine Klarheit und zeugt vom Geschick des Autors als klinischer Lehrer. Endlich sind darin einige verständige Bemerkungen über die beste Methode, Störungen und Anomalien der Sprache zu behandeln.

Im Ganzen kann man sagen, dass in diesem Buche der Gegenstand in einer Weise behandelt worden ist, die seiner Wichtigkeit entspricht.

William Ireland.

IV. Original-Vereinsbericht.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Sitzung vom 11. März 1895.)

Vor der Tagesordnung stellt Herr Cohn einen Fall von infantiler Hemiplegie vor. Bei der jetzt 21jährigen Patientin traten vor 10 Jahren Schwäche und Bewegungsstörungen im linken Arm und Bein auf. Zur Zeit befindet sich der linke Arm in Beugecontractur, ist verkürzt und zeigt Atrophie und Paresen, ausserdem in der Ruhe Athetose in den Fingern und beim Greifen nach einem Ziele, schleudernde und schwankende Bewegungen.

Herr Schuster stellt eine Patientin mit den Erscheinungen der Gliosis cervicalis vor.

Herr Jacobson spricht „Ueber die Lage der Pyramidenvorderstrangfasern in der Medulla oblongate“ und zeigt an Präparaten den Verlauf derselben.

Herr Koenig berichtet über „Transitorische Hemianopsie und concentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei einem Falle von cerebraler Kinderlähmung“. Ein 12jähriges epileptisches Mädchen mit einer cerebralen Kinderlähmung bekommt nach mehreren Krampfanfällen eine rechtsseitige Hemianopsie mit concentrischer Gesichtsfeldeinschränkung. Das Gesichtsfeld erweitert sich später wieder zur Norm, nachdem die Hemianopsie zurückgegangen ist.

Herr Koeppen: Ueber Grosshirnrindenerkrankung mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehung zur Syphilis.

Der Vortragende bespricht 3 hierher gehörige Fälle.

1. Hirnrindensclerose mit Microgyrie. An symmetrischen Stellen des Gehirns eines 12jährigen epileptischen Menschen finden sich im Parietal- und Occipitallappen die Windungen verschmälert, höckerig, gerunzelt und von harter Consistenz. Die Rinde ist schmal und bietet ein dichtes Gewebe mit zahlreichen Kernen und ohne Nervenelemente dar, die Marksubstanz

darunter ist ohne Markfasern. In der äussersten Rindenschicht: Gefässerweiterung und Gefässvermehrung. Verwachsung der Windungen. Vortr. fasst die Veränderungen als eine durch Meningoencephalitis entstandene Sclerose auf.

2. Lues cerebri. Hier findet Vortr. beiderseits in der Gegend des Sulcus parieto-occipitalis verschiedene Herderkrankungen, die dem microscopischen Befunde nach als Folgezustände der Erkrankung der Meningealgefässe anzusprechen sind.

4. Dementia paralytica. Herdförmige Veränderungen, in deren Bereich die Hirnrinde einem Maschenwerk gleicht und die über derselben befindliche Pia ausserordentliche Kernvermehrung besonders in der Nachbarschaft der Gefässe zeigt. Die Anamnese hatte in diesem Falle Lues sichergestellt.

Rust-Dalldorf.

V. Zur Tagesgeschichte.

Todesfälle. Am 11. Februar d. J. starb, 41 Jahr alt, in Magny bei Lyon Dr. A. Bournet, Gründer (mit Lacassagne) der „Archives d'Anthropologie criminelle". B. hat zahlreiche werthvolle Arbeiten zur Criminalstatistik geliefert und war ein verdienter, in der Kinder-Armenpflege organisatorisch wirkender Philanthrop. Bekannt war er als Kenner italienischer Litteratur und Kunst. Hauptwerk: Criminalité comparée en France et en Italie. Paris, Baillière, 1884.

Calmeil, Juste Louis, der Nestor der französischen Psychiatrie und (mit Bayle) Begründer der Lehre von der progressiven Paralyse, ist am 24. März d. J., 97 Jahre alt, in Paris gestorben. Er war Assistent von Esquirol und wurde 1840 Director in Charenton. Neben dem Hauptwerk über die Paralyse („De la paralysie chez les aliénés", 1824), sind zu nennen: „Traité des maladies inflammatoires du cerveau", Paris 1859, und ein grosses historisches Werk über Geistesstörungen. — Am 20. März d. J. verstarb in Hanwell Dr. D. Hack Tuke, 68 Jahre alt, Herausgeber des „Journal of Mental Science", des „Dictionary of Psychological Medicine", Verfasser von „The influence of Mind upon the Body", worin der Hauptinhalt der späteren Litteratur des Hypnotismus vorausgenommen war. T. hatte Dank seiner humanen, tapferen und unabhängigen Persönlichkeit grossen Einfluss in der psychiatrischen Welt Englands. K.

Die Idioten und die „Kirche". Bourneville, Arzt von Bicêtre, ist kürzlich wegen seiner Untersuchungen über die Genitalien der Idioten, publicirt im „Progrès Médical", von den Zionswächtern im Pariser Gemeinderath heftig angegriffen worden; man verlangte seine Entfernung aus Bicêtre, aber die Majorität stellte dem verdienten Forscher und Kämpfer gegen die Monopolisirung der Epileptiker- und Idiotenpflege durch geistliche Orden ein glänzendes Vertrauensvotum aus. K.

Neue periodische Erscheinungen. Vom April d. J. an erscheint eine Zeitschrift für sociale Medicin, herausgegeben von dem bekannten Medicinal-Statistiker A. Oldendorff in Berlin, bei G. Thieme in Leipzig, in 6 zwangslosen Heften per Jahr. Der Prospect lässt nicht klar

erkennen, ob das Organ wesentlich ärztlichen Standesinteressen, oder der Erforschung abnormer socialer Zustände dienen soll.

Ein psychologischer Jahresbericht unter dem Titel „L'Année psychologique" erscheint unter Redaction von Beaunis und Binet in Paris bei F. Alcan. Unter den Mitarbeitern sind auch Th. Ribot, Meumann und Flournoy. Die physiologische Psychologie herrscht darin vor; Histologie, Anatomie und Physiologie des Nervensystems füllen 52 von den 619 Seiten des Bandes.

Gleichfalls in zwanglosen Heften und in der äusseren Form der „Philosophischen Studien" erscheinen bei W. Engelmann in Leipzig „Psychologische Arbeiten", herausgegeben von Emil Kraepelin. Das vor einigen Wochen erschienene erste Heft enthält eine höchst anregende und bedeutende Arbeit des Herausgebers „Der psychologische Versuch in der Psychiatrie". Die darin gegebenen Gesichtspunkte, auf die noch eingehend zurückgekommen werden wird, müssen, wenn nicht alle Zeichen trügen, epochemachend werden. K.

Im Verlage von Leopold Voss in Hamburg erscheint vom April ab „Die Handschrift — Blätter für wissenschaftliche Schriftkunde und Graphologie", herausgegeben von Erlenmeyer, Langenbruch und Preyer. Das neue Unternehmen hat es sich in erster Linie zur Aufgabe gestellt, die „Schrift" wissenschaftlich zu bearbeiten und allen Dilettantismus gebührend zurückzuweisen, der sich auf diesem Gebiete ungebührlich breit macht. Bei dem vorliegenden Stoffe ist dies Programm besonders schwierig, und es wird höchst geschickter Leitung bedürfen, um ein Abirren aus dem richtigen Fahrwasser zu vermeiden. Die erste Nummer ist erschienen, ihr Inhalt ist interessant und lehrreich. Sie würde aber noch viel mehr dem Programm der Zeitschrift entsprechen ohne den Aufsatz über den Münchener Process; das ist „subjective" Graphologie, aber keine wissenschaftliche. Wir wünschen dem neuen Blatt besten Erfolg, denn seine Bestrebungen laufen bei richtiger Leitung auf Bahnen, die den unsrigen verwandt sind.

Herr Dr. med. et phil. Buschan giebt künftig (bei G. Fischer in Jena) einen bibliographischen Semesterbericht über Nervenheilkunde und Psychiatrie heraus.

Redactionelles.

Bei der Rückgabe der Leitung des Blattes an Herrn Collegen **Kurella** spreche ich allen Mitarbeitern und Freunden des Blattes für ihr reichlich bewiesenes Interesse meinen herzlichen Dank aus.

Giessen, am 1. Mai 1895.

Prof. Sommer.

Inhalt des Mai-Hefts.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVIII. Jahrgang. 1895 Juni. Neue Folge V. Band.

I. Originalien.

Hyperfunction der Hypophyse, Riesenwuchs und Acromegalie.

Von Robert Massalongo, Director des Ospedale maggiore, Verona, Docent an der Universität Padua.*)

Auf dem vorjährigen internationalen Congress in Rom hat Herr Prof. Tamburini einen Beitrag zur Kenntniss der Acromegalie mitgetheilt, der ausführlicher in diesem Centralblatt, December-Heft 1894, mitgetheilt worden ist (Beitrag zur Pathogenese der Acromegalie). Nach der Beschreibung eines von ihm untersuchten Falles von Acromegalie und kritischer Besprechung der (von Klebs, Marie, Recklinghausen, Holschewnikow) zur Erklärung der Physio-Pathologie dieser Krankheit aufgestellten Theorien, macht er uns mit einer neuen Theorie bekannt, die er folgendermassen formulirt (l. c. p. 629):

„Eine Annahme, welche alle diese unter sich nicht übereinstimmenden Thatsachen erklären könnte, ist diejenige, dass die Erkrankung der Hypophyse bei Acromegalie zwei Phasen hat, wie sie sich im Verlauf der Acromegalie selbst zeigen. Die erste Phase besteht in wirklicher Hypertrophie, Hyperactivität (und vielleicht in gleichzeitiger Aenderung der Form selbst), durch welche in reichlicher Menge abnorme Substanzen im Organismus erzeugt werden: eine Phase, welche der ersten, im Wachsthum der Knochen bestehenden Phase der A. entsprechen würde; die zweite Phase tiefer secundärer Veränderung der Drüse mit Aufhören der Function entspricht derjenigen Periode, in welcher nach Aufhören des Knochenwachsthums die Cachexie auftritt, welche sich bei allen Acromegalischen entwickelt und zum Tode führt. Dass die erste Phase Knochenverdickung hervorbringen kann, beweist die Thatsache, dass in allen besser studirten Fällen von gewöhn-

*) Deutsch von Dr. Jentsch, Giessen.

lichem Gigantismus Hypophysis-Hypertrophie mit Vergrösserung der sella turcica gefunden wurde; schliesslich stützt die Beschaffenheit des Adenoms selbst die Annahme, dass es eine Nachphase der ursprünglichen Hypertrophie des Organes selbst ist.

„Diese neue Theorie war indess, wie ich sofort gewahrte, durchaus nicht neu. Es war so ungefähr dieselbe Theorie, welche ich vor jetzt 3 Jahren im Colleg und in der Presse aufgestellt hatte.

Ich sprach nämlich diese neue Hypothese über die Pathogenese der Acromegalie zuerst aus in einer klinischen Vorlesung im Juni 1892 im Institut für klinische Medicin an der Universität Padua und zwar im Laufe eines neuropathologischen Kurses bei Gelegenheit eines klassischen Falles von Acromegalie, der mir zur Beobachtung gekommen war. Diese Vorlesung wurde im folgenden Monat (12. Juli 1892) in der „Riforma medica“, dem verbreitetsten medicinischen Blatte Italiens, veröffentlicht („Ueber Acromegalie“, Rif. med. 1892, 157, 158).

Ferner wurden diese meine Ansichten über Pathogenese der Acromegalie im „Trattato italiano di Patologia e Terapia medica“ unter dem von mir verfassten Artikel „Acromegalie“ wiederholt.

Im gleichen Sinne äussern sich auch jüngst die Herren E Brissaud und H. Meige in einem höchst interessanten Aufsatz über die nahen Beziehungen zwischen Riesenwuchs und Acromegalie vom 25. Januar d. J. im Pariser „Journal de méd et Chir. prat.“

„Acromegalie und Riesenwuchs sind ein und dieselbe Krankheit oder wenn es sich um zwei verschiedene handeln sollte, so ist es zum mindesten dieselbe Ursache, welche sie hervorzurufen und in ihrem Fortschreiten zu bestimmen scheint.“

„Beide Male entwickelt sich während eines bestimmten Zeitraumes ursprünglich Hypertrophie des Skeletts, dann secundär Hypertrophie der Weichtheile, darauf kommt der osteogene Process zum Stillstande. Gehört diese Epoche des excessiven Knochenwachsthums dem jugendlichen Alter an, so ist das Ergebniss Riesenwuchs und nicht Acromegalie. Beim Erwachsenen, d. h. zu einer Zeit, in welcher die Körperform schon seit längerem zur vollkommenen Ausbildung gelangt ist, ergiebt sich die Acromegalie. Endlich, wenn nach einer gewissen stattgehabten Entwickelung im jugendlichen Alter, während dessen der Körper andauernd wächst, diese Periode noch in eine Zeit hineinreicht, in welcher das normale Wachsthum sistirt, d. h. in jene Entwicklungsphase, welche der weiteren Knochenentwicklung ein Ziel setzt, so erhält man eine Combination von Acromegalie und Riesenwuchs.“

Diese engen nosographischen Beziehungen zwischen Acromegalie und Gigantismus hatte ich nun in meinen oben erwähnten Veröffentlichungen, in denen ich in dem klaren Satze gipfelte: „Acromegalie ist ein abnormer Spätriesenwuchs“ vielleicht zu allererst des genaueren erörtert.

So muss ich nun ein Stück dieser Vorlesung, in welcher von meiner persönlichen Anschauung über die Pathogenese der Acromegalie und über die Beziehungen zwischen dieser und dem Riesenwuchse die Rede ist, an dieser Stelle wiederum veröffentlichen.

„Die constante Hypertrophie der Hypophyse, eines durch seine fötale Function wichtigen, für die Entwicklung unseres Organismus nothwendigen Organs bringen mich zu der Ansicht, dass in dieser Krankheit eine persistirende Function dieser Fötaldrüse, der glandula pituitaria im extrauterinen Leben, zu suchen sei. So lange unser Körper sich entwickelt und wächst, zeigt sich keine Abweichung von der normalen Form. Wenn dagegen diese Entwicklung bei der gewöhnlichen Wachsthumsgrenze unseres Organismus Halt macht, also ungefähr mit 20 Jahren, dann treten die Symptome der Acromegalie auf, weil die Fötaldrüse und ihre Function nicht der gewöhnlichen Involution anheimfallen. Dies ist für mich die Pathogenese der Deformationen bei der Acromegalie, besonders am Skelett und den anderen Symptomen, die nur von diesen Deformationen abhängen.“

Bekanntlich stehen die Drüse und der Sympathicus und ferner letzterer und die trophischen Mechanismen in naher anatomischer Beziehung. Die weitere Uebertragung eben jener fötalen Function, welche im extrauterinen Leben als Acromegalie fortbesteht, geschieht auf sympathischen Bahnen, so dass bei unserer Krankheit auch in letzterem Gebiete, grade wie an der Hypophyse, Hypertrophien constant aufgefunden wurden. Der histologische Normalzustand dieser Drüse und ihrer Uebertragungsbahnen muss nothwendiger Weise zu der Annahme führen, dass es sich auch um normale Function handelt, nur dass sie sich vom intrauterinen auch auf das extrauterine Leben erstreckt.

Für mich ist kurz gesagt die Acromegalie nur eine Abart oder besser Anomalie des Riesenwuchses. Davon bringt mich auch die Thatsache nicht ab, dass beim Riesenwuchs im Gegensatz zur Acromegalie die Grössenverhältnisse zwischen Statur und Extremitäten normal sind, eine Unterscheidung, die, wie ich eben gesagt habe, unzureichend ist, wenn man die Casuistik beider Krankheitsformen genau mustert.

In den Fällen von Riesenwuchs, wie sie Seibert, Lombroso, Langer, Taruffi beschrieben haben, trifft man die typischen Merkmale, die man seit Marie als das Wesen der Acromegalie bezeichnet, bald vollzählig, bald theilweise an. Ferner darf man nicht vergessen, dass man eine Form von Spätriesenwuchs kennt, die wie die Acromegalie anfängt, wenn die Körperentwicklung schon ganz oder fast ganz beendet ist. — In dem einen Falle bleibt die Hypertrophie auf die Extremitäten beschränkt, in dem anderen scheint sie sich auf das gesammte Skelett zu erstrecken, scheint, sage ich, weil vergleichende Untersuchungen in dieser Beziehung noch nicht angestellt worden sind. Dieses Missverhältniss nun in der Entwicklung ist gerade das Unterscheidungsmerkmal zwischen Acromegalie und Riesenwuchs, so dass nach meiner Auffassung die Acromegalie nur einen abnormen Spätriesenwuchs darstellt. Indessen glaube ich, dass die Acromegalie und der sogenannte Spätriesenwuchs auf einen einzigen Typus zurückzuführen sein werden, wenn einmal erst neue Fälle dieser Entwicklungsstörung genauer untersucht sind.

Manche Acromegaliker von mittlerer Statur, bemerkt Tanzi mit Recht, würden als Riesen imponiren, wenn man nur berücksichtigte, wie viel sie mit den Armen klaftern, und von Kyphose und eventuellen Deviationen der

Beine absähe. Ferner haben laut Taruffi alle Riesen lange Kiefer, die unteren Schneidezähne überragen die oberen, der Unterkiefer ist prognath.

Zwei Riesenskelette der anthropologischen Anstalt in Paris besitzen nach Topinard's Beschreibung gewaltige Unterkiefer, welche an die Gesichtsbildung bei Acromegalie erinnern.

Langer musste bei wenigstens 4 Riesen auf Grund rein osteologischer Studien Hypertrophie der Hypophyse annehmen, welche Taruffi ebenfalls oft fand. — Wenn also beim normalen Riesenwuchs die aussergewöhnliche Volumszunahme des Körpers mit der Geburt beginnt, so beweist dies, dass seit jener Zeit die andauernde extrauterine Function der Hypophyse erhöht gewesen sein muss, echte Hyperfunction besteht, die übrigens auch im intrauterinen Leben auftreten kann; giebt es denn nicht auch unter den Neugeborenen förmliche Riesen?"

Dass diese nicht misszuverstehenden und ursprünglich von mir ausgegangenen Anschauungen im Grunde die gleichen sind wie die letzthin von Professor Tamburini vom pathogenetischen und von den Dr. Brissaud und Meige vom nosographischen Standpunkte aus gegebenen Erklärungen, ist doch klar.

Ein Unterschied zwischen Tamburini's und meiner Hypothese rücksichtlich der Hyperfunction der Hypophyse besteht nur insoweit, als in den letzten Jahren seit meiner Veröffentlichung neue Thatsachen gefunden worden sind, deren Resultate mir damals natürlich nicht zu Gebote standen. Damals glaubte ich die Function der Hypophyse anders auffassen zu dürfen als heute. Weiterhin sprach ich auch nur von der Hyperfunction der Hypophyse — erstes Stadium Tamburini's —, von der regressiven und degenerativen Phase gedachter Drüse konnte bei der Pathogenese der Acromegalie gar nicht die Rede sein, weil die wenigen Autopsien, die mir damals zur Verfügung standen, mich zu der Ansicht gebracht hatten, „dass der histologische Character der Hypophyse normal sei, also echte einfache Hypertrophie vorliege."

In einer Anzahl späterer Sectionen fand man dagegen bei Acromegalie die Hypophyse degenerirt. So entstand denn das zweite Stadium Tamburini's sozusagen von selbst. Das sind aber nur durch neue Thatsachen gewonnene Illustrationen und Vertiefungen meines Fundamentalbegriffs „Hyperfunction oder Hyperactivität der Hypophysis cerebri bei der Pathogenese der Acromegalie."

Ebenso bestehen keine erheblichen Differenzen zwischen meiner Ansicht über die nahe Verwandtschaft von Acromegalie und Riesenwuchs und derjenigen der Herren Brissaud und Meige.

Und dieser neue Grundbegriff von Pathogenese der Acromegalie wurde zuerst von mir ausgesprochen, zwei Jahre vor Tamburini's Mittheilung im internationalen medicinischen Congressé in Rom und vor der Veröffentlichung des oben erwähnten Artikels der beiden bekannten Pariser Aerzte.

Im Uebrigen schätze ich mich glücklich, dass meine Hypothese über die Pathogenese und Nosographie der Acromegalie so kräftige Unterstützung von Seiten so hervorragender Neuropathologen wie Prof. Tamburini und Dr. Brissaud und Meige erhalten hat.

II. Bibliographie.

XXVII) **Alexander** (Aachen): Neue Erfahrungen über luetische Augenerkrankungen.

(Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann, 1895.)

Das vorliegende Werkchen bildet das Ergänzungsheft von „Syphilis und Auge", von demselben Verfasser im Jahre 1889 in demselben Verlage erschienen. Es hiesse Eulen nach Athen tragen, wollten wir hier noch ein Wort verlieren über die eminente Wichtigkeit, welche für eine exacte Diagnose in Nervenfällen, namentlich den centralen, eine Augenuntersuchung gewährt. Wir machen daher die Neurologen auf die beiden Schriften des Verfassers aufmerksam — sie werden in denselben eine Fülle eigenen und fremden Materials finden, das in ansprechender Form geschrieben und kritisch gesichtet ist. Für den Neurologen von Interesse sind namentlich die Kapitel: Erkrankungen der Retina und des Nerv. opt., Erkrankungen der Augenmuskeln, Erkrankungen des Nerv. facialis und trigeminus. Das „Ergänzungsheft" enthält die in den Jahren 1889—1894 gemachten fremden und eigenen Erfahrungen. Goldstein.

XXVIII) **G. Sergi** (Rom): Dolore e Piacere. (Storia naturale dei Sentimenti.)

(Mailand. Fratelli Dumolard 1894, 395 p, 8°, II Tafeln.)

Das Buch Sergi's umfasst das grosse Gebiet der Erscheinungen, die in der Psychologie als Gefühlston der Empfindungen und Vorstellungen, Gefühle, Affecte und Leidenschaften beschrieben werden; ein Gebiet also, das den Psychiater besonders interessiren muss, da offenbar eine Physiologie dieser Erscheinungen zugleich eine Theorie der Melancholie, Manie und verwandter Affectpsychosen geben würde.

Sergi steht als Anthropologe auf dem Boden der Darwin-Spencer'schen Entwicklungslehre. So erscheinen ihm Wahrnehmung und Gefühl, intellectuelles und Gemüthsleben als Abkömmlinge der ursprünglichen Irritabilität niederer Organismen. Jeder Sinnesreiz regt dank der Irritabilität der Neuronen einen einheitlichen Process an, der einerseits als localisirte Empfindung zu Bewusstsein kommt, andrerseits die organischen Functionen, und die Ernährung beeinflusst. Diese zweite Seite des ganzen Processes wird dem Individuum erst dann, und zwar als Lust oder Unlust, bewusst, wenn diese centrifugal entstandene Beeinflussung der organischen Functionen und der Ernährung centripetal zurückwirkt und als Complex von Organempfindungen in das Bewusstsein eintritt. Im Einzelnen geschieht diese Beeinflussung der organischen Functionen durch reflectorische Aenderungen der Herzinnervation, der Gefässinnervation, der Athmung, der Schweiss-, Thränen- und Speichelsecretion, des Facialistonus, der Darminnervation, der Innervation des Schluckacts und der Phonation (Sergi, l. c. p. 113 ff)

Je nach der Stärke und Plötzlichkeit, mit welcher diese Reflexe ausgelöst werden, kommt es zur Entstehung einer blossen Gefühlsbetonung, einer Schwankung der Stimmung oder einer ausgesprochenen Gemüthsbewegung.

Sergi setzt sehr ausführlich auseinander, dass die Centren für alle diese Reflexe sämmtlich in der Nähe des „Noeud vital“ und sehr nahe bei einander liegen, dass auch die Glycogénese, kurz, fast alle vitalen Functionen von dort aus geregelt werden, dass hier das Centrum des organischen Lebens ist. So kommt er zu dem Schluss, dass die reflectorische, jeden centripetalen Reiz begleitende Modification der organischen Functionen die physiologische Basis des ganzen Gefühlslebens ausmacht. Der Hergang bei dem Entstehen eines Affects oder Gefühls würde also folgender sein:

1. Einwirkung eines Reizes auf ein Sinnesorgan. 2 Fortleitung dieses Reizes zum centralen Röhrengrau. 3. Reflectorische Erregung der bulbären Nervenkerne und Aenderungen des Muskel- und Gefässtonus, der Herzinnervation, secretorische Erscheinungen, Aenderung der Darminnervation, der Thorax-, Glottis- und Schluckbewegungen. 4 Erregung des betreffenden corticalen Sinnescentrums vom Röhrengrau aus und Perception dieser Erregung als Empfindung. 5. Fortleitung und corticale Aufnahme der durch Process 3 ausgelösten peripheren Vorgänge und Perception derselben als Gefühl oder Gemüthsbewegung.

Nach dieser Theorie machen also nicht „Bewegungen im Gemüth“, den Empfindungen inhärirende Gefühlstöne oder andere centrale Processe (oder gar rein „seelische“ Vorgänge) die Affectsymptome, sondern die reflectorisch entstandenen Affectsymptome machen den Affect. Affecte und Gefühle sind Complexe von Organempfindungen, Oscillationen des Gemeingefühls.

Nach Sergi hat für die bulbären organischen Centren die Hirnrinde dieselbe Bedeutung und Wirkung wie die Sinnesorgane, sie ist für diese Centren ein Theil der Peripherie, durch die sie erregt werden. Corticale Processe können also ebenso gut den Symptomencomplex des Affects auslösen, wie Sinneseindrücke. Darauf beruht das Auftreten von Gemüthsbewegungen, die nicht durch einen der constant affectiv wirkenden äusseren Reize (Schreck, Schmerz u. s. w.), sondern durch Situationen zu Stande kommen, deren Bedeutung für das subjective Wohl nicht sinnenfällig ist, sondern erst durch Reflexion ermittelt wird.

Der Mechanismus für diese Reactionen ist theils durch die Art und ihre Ahnen erworben und dem Individuum angeboren, theils im individuellen Leben erworben. Im letzteren Falle enthält der Reflexbogen subcorticale, intracorticale und intercorticale Schaltstücke; es entstehen instinctiv functionirende „psycho-organische Centren“ (p. 127). „Es existirt ein Haupt- und primäres emotives Centrum, nach welchem hin die peripheren und corticalen Reize convergiren, von dem alle Reize ausgehen für die organischen Vorgänge, welche sich unter der Form des Schmerzes oder der Lust oder des Gemeingefühls darstellen; die corticalen Reize, welche zu diesem Centrum gelangen, um dort besondere, den verschiedenen Affecten eigene Erregungen auszulösen, beziehen sich auf durch Association und Verschmelzung entstandene Complexe von der Form der Instincte, die somit ihrerseits psycho-organische oder instinctive Centren constituiren; diese können als abgeleitete und secundäre Affectcentren gelten, haben aber den Anschein des Ursprünglichen, als für Erhaltung und Schutz des thierischen Organismus wesentlicher Einrichtungen. Im Laufe der thierischen und

menschlichen Entwicklung haben sich die verschiedenen auf die vitalen Interessen bezüglichen psychischen Zustände in verschiedener Weise mit den verschiedenen vitalen Functionen verknüpft, mit dem Centrum und den peripheren Theilen des Circulationsapparats, der Respiration, den einzelnen Quellen der Secretionen, den willkürlichen und unwillkürlichen Muskelbewegungen und alles das unabhängig von der Intervention des Grosshirns" (p. 87 f.).

Ich glaube mit der Heraushebung dieses Hauptinhalts der verdienstvollen Sergi'schen Schrift für psychiatrische Leser genug gethan zu haben und die sehr in's Einzelne gehenden evolutionistischen und psychologischen Ausführungen, worunter die Darstellung der ästhetischen und moralischen Gefühle einen breiten Raum einnehmen, übergehen zu dürfen.

Sergi's Arbeit ist die erste reife Frucht, die Carl Lange's (von S. eingehend gewürdigte) Vorarbeit*) gezeitigt hat. Im Kreise der Psychologen, zumal in Frankreich, England und Amerika wird die Lange'sche Affecttheorie endlich discutirt. Vielleicht weicht angesichts dieser allgemeinen Anerkennung und Discussion auch die apathische Haltung der deutschen Psychiater gegenüber diesem wichtigsten Beitrage, den die physiologische Psychologie der klinischen Beobachtung bisher geliefert hat.

Kurella.

XXIX) **Danitsch** und **Zwjetitsch**: Duschewne bolesti u Srbiji. (Die Geisteskrankheiten in Serbien.)

(Belgrad 1895, 98 p. 8°, II. Tafeln. Pr. 2 Francs.)

Vor längerer Zeit habe ich in diesem Blatte über eine serbische Arbeit bezüglich der Epilepsie in Montenegro berichtet; meines Wissens ist die vorliegende die einzige seitdem erschienene psychiatrisch-statistische Arbeit südslawischen Ursprungs. Sie behandelt die Statistik der Belgrader Irrenanstalt in den ersten 30 Jahren ihres Bestehens, 1861—1890. Das serbische Irrenwesen beginnt mit einem Dekret des Fürsten Michael vom 3. März 1861, von der Gründung eines Irrenhauses einschliesslich Gelähmter und Epileptischer im „Kuniberts-Thurm" bei Belgrad. Für 25 Kranke in nur einer Abtheilung bestimmt, zählte die Anstalt nach 4 Jahren 28 Insassen und war bald darauf überfüllt; anfangs waren beide Geschlechter in der einen Abtheilung vereinigt, was erst 1881 geändert wurde. Der Arzt sah die Kranken täglich einmal, der Oekonom hatte die Leitung. 1881 brachte das neue Medicinalgesetz einige neue Pavillons, eine Trennung der Geschlechter, einen ärztlichen Director, dem ein Secundärarzt und ein Assistent beigegeben wurden. Nach dieser Reorganisation betrug die Zahl der Kranken 47 Männer, 22 Frauen. Von nun an stiegen die Aufnahmen anhaltend, von 50—60 Fällen in den ersten Jahren auf 140 im Jahre 1890. Die Gesammtziffer der Aufnahmen in den 30 Jahren des Bestehens betrug 1030, davon 713 Männer, 317 Frauen. Das numerische Verhältniss der Geschlechter ist sehr beachtenswerth. Die Belegung stieg zwischen 1882 und 1890 von 69 auf 203 Köpfe; 1890 zähle Serbien 2,166,390 Einwohner. Natürlich lassen sich daraus keine Schlüsse auf eine Zunahme der Geisteskranken im Lande machen.

---

*) C. Lange: Ueber Gemüthsbewegungen. Leipzig 1887.

Dem übrigen Inhalt der Schrift entnehme ich einige Daten über Hirngewichte, die bei 45 Kranken, worunter 14 Paralytiker, bestimmt wurden. Letztere lasse ich aus der Zusammenstellung fort:

Hirngewicht	bei Männern absol. Zahl	%	bei Frauen absol. Zahl	%
1001—1100 gr.	—	—	3	27,3
1101—1200 „	3	15	5	45,5
1201—1300 „	5	25	2	18,2
1301—1400 „	8	40	1	9
1401—1500 „	3	15	—	
1501—1600 „	—	—	—	
1601—1700 „	1	5	—	
Mittleres Gewicht	1324 gr.		1185 gr.	

Das anthropologische Interesse dieser Zahlen liegt auf der Hand.

Interessant ist ferner das Verhalten der Stadt- zur Landbevölkerung. In ganz Serbien wohnen: Städter 286 460 = 13,2 % der Bevölkerung.
„ „ „ „ Bauern 1 879 924 = 86,7 „ „ „
In die Anstalt wurden aufgenommen: Städter 624 = 60 % der Anstaltsbevölkerung,
„ „ „ „ „ Bauern 406 = 40 % der Anstaltsbevölkerung.

Schliesslich reproducire ich noch die Vertheilung der 1030 Aufnahmen auf die von Danitsch angenommenen Krankheitsformen:

Manie, Delirium acutum	271	Fälle,	26,3 %
Melancholie	118	„	11,4 „
Idiotie	38	„	3,6 „
Demenz	38	„	3,6 „
Dementia paralytica .	202	„	19,6 „
Chronischer Alcoholismus	53	„	5,1 „
Hysterisches Irresein .	9	„	0,8 „
Epileptisches Irresein .	101	„	9,8 „
Choreatisches Irresein .	5	„	0,48 „
Systematisches Delir .	40	„	3,8 „
Andere Formen . . .	137	„	13 „
Zur Beobachtung . .	18	„	1,7 „

Kurella.

XXX) **Alphons Bertillon**, Chef du Service d'identité judiciaire à la Préfecture de police à Paris: Das anthropometrische Signalement. Zweite vermehrte Auflage mit einem Album. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. v. Sury.

(Bern-Leipzig, A. Siebert, 1895.)

Das von uns auf Seite 394 des XVI. Jahrgangs (1893) des Centralblattes besprochene verdienstvolle Lehrbuch Bertillon's liegt nunmehr auch in deutscher Uebertragung vor. Der Uebersetzer, Professor der gerichtlichen Medicin an der Universität Basel, hat sich bemüht, das Original möglichst wortgetreu wiederzugeben. Nur wo es der Ausdruck erforderlich machte, ist die Uebertragung etwas freier ausgefallen. Ausserdem hat der Text an

einzelnen Stellen, so namentlich in dem Abschnitte über gerichtliche Photographie, einige auf neueren Angaben Bertillon's basirende Abänderungen erfahren, durch die der Inhalt jedoch nur an Werth gewonnen hat.

Was die deutsche Ausgabe vor der französischen aber besonders auszeichnet, das sind die Porträt-Tafeln des Albums, die eine wahre Musterleistung deutscher Kunstfertigkeit sind. Sie sind viel deutlicher und lichtvoller als im französischen Original ausgefallen.

Das Werk sei allen Interessenten auf's Angelegentlichste empfohlen.

Buschan.

XXXI) **Franz Mediger:** Ueber die Erscheinungen nach Schilddrüsenfütterung.

(Dissertation. Greifswald 1895.)

Verf. hat an einem jungen Hunde und zwei Kaninchen (gesunden Thieren) Fütterungsversuche mittelst Schilddrüsensubstanz (für den Hund frische Drüsen vom Kalb, Schaf, Ziege und namentlich Schwein; für die Kaninchen Schilddrüsentabletten) und dabei folgende Beobachtungen gemacht:

1. Bei den Kaninchen, die im Ganzen 300 Tabletten à 0,3 g Schilddrüsensubstanz erhielten, zeigte sich keine auffällige Einwirkung.

2. Beim Hunde, der täglich 86—90 gr ganz frische Drüse erhielt, stellte sich vom 2 Tage ab ein rapides Steigen der Pulsfrequenz ein.

Am 12.	März	betrug	dieselbe	Vorm.	—,	Nachmitt.	92	Schläge	in	der	Minute,
„ 13.	„	„	„	„	96,	„	120	„	„	„	„
„ 14.	„	„	„	„	136,	„	108	„	„	„	„
„ 15.	„	„	„	„	168,	„	164	„	„	„	„
„ 16.	„	„	„	„	136,	„	172	„	„	„	„
„ 17.	„	„	„	„	176,	„	168	„	„	„	„
„ 18.	„	„	„	„	176,	„	172	„	„	„	„
„ 19.	„	„	„	„	164,	„	172	„	„	„	„
„ 20.	„	„	„	„	216,	„	232	„	„	„	„
„ 21.	„	„	„	„	204,	„	208	„	„	„	„
„ 22.	„	„	„	„	214,	„	176	„	„	„	„
„ 23.	„	„	„	„	240,	„	—	„	„	„	„
„ 24.	„	„	„	„	240,	„	—	„	„	„	„

Dabei sei ausdrücklich hervorgehoben, dass das Thier nicht etwa Fiebererscheinungen zeigte; die Temperatur (täglich 2mal gemessen) schwankte zwischen 39,0° und 39,[illegible]° (nur einmal, den 20. März, 39,5°). Athmung war völlig normal (28—36 Züge); Defäcation erfolgt in festen Massen; Urin nicht sonderlich vermehrt (alkalisch, spec. Gewicht 1020 bis 1023), enthält kein Eiweiss, wohl aber Zucker (1%).

Das Allgemeinbefinden muss ein gutes gewesen sein; denn das Thier blieb lebhaft und munter, hatte guten Appetit (ausser Drüse nur noch Milch mit Brot und Semmel verabreicht). Das Gewicht hatte etwas abgenommen; an der Schilddrüse war äusserlich keine Vergrösserung nachweisbar.*)

Buschan.

*) Bei dieser Gelegenheit möchte Referent kurz über seine Versuche berichten, die er mittelst Schilddrüsensubstanz (Tabletten von Döpper in Köln a. Rh. à 0,3 g nach dem Vorgange von Leichtenstern) an sich selbst angestellt hat. Ich habe bisher im Ganzen 130 Tabletten genommen; ich begann mit 2 Tabletten, stieg aber sogleich

XXXII) Cesare Lombroso: Grafologia.
(242 p., 12°. Mit 470 Facsimile. Mailand, Hoepli. 1895. Pr. 3,50 frcs.)

Das glänzend ausgestattete kleine Buch ist ein Bändchen der „Manuali Hoepli“, einer Sammlung allgemein verständlicher Diminutiv-Handbücher, die ihrer Haltung nach etwa den bekannten Weber'schen Katechismen entsprechen.

Wir haben es also nicht mit einem akademisch ernst gestimmten Lehrbuch, sondern einer popularisirenden Arbeit kleineren Umfangs zu thun, in der der Text kaum ein Drittel des Inhalts ausmacht. Ei . überaus interessantes Material von Schriftproben von Irren, Nervenkranken, Verbrechern und Celebritäten ist darin zusammengebracht und die Früchte der graphologischen Capitel von L 's bekannten grösseren Werken, deren deutsche Ausgaben meist ohne Illustrationen erschienen sind, sind so neben einander gebracht und vermehrt.

Drei einleitende Capitel geben auf 28 Seiten eine Geschichte der Graphologie, eine Andeutung der psychologischen Factoren der Schrift, die Besprechung der allgemeinen Merkmale der Schrift: Richtung der Linien, Neigung der Buchstaben, Abstand der Theile, Art der Verbindung, Grad der Gleichmässigkeit, Punctuation, Beschaffenheit des Randes u. a.

Im IV. Capitel werden die einzelnen grossen und kleinen Buchstaben des sogenannten lateinischen Alphabets besprochen und ihre Beziehung zu elementaren psychischen Eigenschaften genannt, freilich in rein dogmatischer Form und in aller Kürze, z. B.: A, Majuskel: 1. Initiale; stark bewegter Buchstabe: Einbildungskraft — geneigt: Sensibilität (Beispiel: Albert

---

in den nächsten Tagen mit der Dosis so schnell an, dass ich am 5. Tage 9, am 6. 13, am 7. 16 und am 8. Tage 20 Tabletten (also 6 g Schilddrüse) einnahm; von dann an ging ich mit der Dosis wieder zurück. Meine Beobachtungen waren folgende: Schon in den allerersten Tagen verspürte ich Schmerzen in allen Gliedern, Schläfrigkeit, Apathie und sehr eingenommenen Kopf; gleichzeitig war die Diurese gesteigert. Diese Erscheinungen nahmen mit der Höhe der Dosis an Intensität zu. Sonst beobachtete ich an mir selbst absolut weiter nichts. Im Besonderen will ich hervorheben, dass mein Puls — abgesehen von einmal 90 Schlägen am 6. Tage — niemals erhöht war, ja nicht einmal erheblich schwankte, sondern stets (alle 3 Stunden gezählt) 78—80 Schläge betrug (am 8. Tage einmal sogar nur 77). Fieber bestand nie. Eine Erklärung für diese Beobachtung, die gegenüber den Berichten Anderer, die bei Schilddrüsenfütterung schon bei ganz geringen Gaben von kaum 1 g. Steigerung der Herzthätigkeit constatirten, befremden muss, vermag ich nicht zu geben. Ich vermuthe nur, dass meine Kost — ich bevorzuge die vegetarische Kost und esse zur Mittagsmahlzeit nur Gemüse — vielleicht von Einfluss gewesen ist. Die obigen Versuche von Mediger lehren, dass Kaninchen, also Herbivoren, von den unangenehmen Erscheinungen verschont blieben. v. Eitelsberg, Sanquirico und Orechia, Hoffmeister u. A. fanden, dass Fleichfresser nach Totalexstirpation der Schilddrüse unter den bekannten tetanischen Erscheinungen starben, Pflanzenfresser dagegen entweder ganz verschont blieben oder die Anfälle leicht überstanden. v. Eitelsberg ferner beobachtete mehrfach, dass Kranke mit Cachexia strumipriva resp. Tetanische nach Kropfoperation die thierische Nahrung verabscheuten und für pflanzliche eine Vorliebe zeigten. Breisacher und Benisowitsch endlich fanden, dass Fleischfütterung bei Hunden und Katzen, denen die Schilddrüse total exstirpirt war, rascher zum Tode führte, Milchfütterung dieselben hinausschob, d. h. die Anfälle an Zahl und Intensität abnehmen liess. — Alles dieses sind Momente, die meines Erachtens für die Erklärung der Schilddrüsenfunction von Bedeutung sind: leider gestatten sie zur Zeit noch keine Klarheit.

Glatigny). — Oder: f, Minuskel; gross, mit krummem Querstrich: Sanftmuth — mit eckigem: Zähigkeit — weit nach oben liegender Querstrich: Selbstbewusstsein, Muth.

Man kann auf eine Begründung dieser Beziehungen, deren Anziehungskraft auf ein grosses Publikum auf der Hand liegt, gespannt sein; in dem vorliegenden kleinen Buche kann man diese Begründung natürlich nicht erwarten; allerdings sucht L. in dem Capitel über den allgemeinen Character der Schrift noch eine zum Theil recht ansprechende Begründung solcher allgemeiner Beziehungen zu geben.

In Capitel VI werden umgekehrt die Haupttypen des menschlichen Characters hergenommen und ihre graphologischen Merkmale, gleichfalls in dogmatischer Kürze, aufgezählt, wobei eine treffende Intuition mehr hervortritt, als eine sorgfältige Analyse. Es folgen dann einige differentialdiagnostische Bemerkungen.

Der II. Theil des Buchs behandelt die Schrift der abnormen Individuen, ausser den Eingangs genannten Categorien auch die Kranker, worunter ich auf die interessanten Beispiele der labilen, inconstanten Schrift Epileptischer hinweise.

Wer an die kleine populäre Schrift nicht mit dem Anspruch an erschöpfende Gründlichkeit herantritt, wird darin mit Interesse eine Menge feiner Bemerkungen und ein überreiches Material, besonders an Autogrammen berühmter und berüchtigter Leute finden.

Kurella.

III. Uebersichts-Artikel.

Neuere Arbeiten über Vererbung.

Von Dr. H. Kurella.

Mit einigem Erstaunen habe ich beobachtet, wie wenig Interesse bei den leitenden Neuropathologen die modernen Arbeiten und die lebhaften Discussionen über Vererbung gefunden haben, welche die Biologen in den letzten 4 bis 5 Jahren beschäftigen und in deren Mittelpunkt die Entwicklungs- und Vererbungs-Theorie Weismann's steht. Nur bei einigen im Grenzgebiete der Psychopathologie arbeitenden französischen Autoren, bei Féré (1)*) und Th. Ribot (2), die auch bei uns viel genannt und gelesen werden, fand ich eine Discussion der Weismann'schen Hypothese, bei diesem in der Form einer abweisenden Kritik, bei jenem in unbedingter Annahme.

Gegenüber dieser Ignorirung oder Zurückhaltung von Seiten der meisten Neuropathologen ist es ein Verdienst Binswanger's, einen seiner Schüler, Dr. Friedrich Rohde (3), dazu angeregt zu haben, eine zusammenhängende Darstellung der Weismann'schen Lehren zu geben und durch Sichtung der neueren Arbeiten über die Vererbung von Krankheiten zu ergänzen. Rohde hat sich dieser Aufgabe mit grossem Geschick unterzogen und kann als Führer in dem Labyrinth der vielfachen Haupt-, Neben- und Hilfshypothesen Weismann's nur dringend empfohlen werden.**) Wenn ich mich nicht auf eine Besprechung seiner Schrift beschränke, vielmehr über dieselbe hinausgehe, so fühle ich mich dazu veranlasst, weil Rohde selbst stark von der Influenz des Weismannismus ergriffen ist und ferner, weil inzwischen mehrere neue wichtige Arbeiten über Vererbung erschienen sind, welche Weismann's Lehre erschüttern und Material für eine Fortbildung des Grundgedankens der Darwin'schen Vererbungstheorie liefern.

Dieser Grundgedanke ist die Vererbung erworbener Eigenschaften. An diesen Eigenschaften übt dann nach Darwin die natürliche Auslese ihr Werk aus und es ergiebt sich daraus das Ueberleben der Passendsten. Anpassung, Vererbung und natürliche Selection sind die drei Factoren, aus denen sich die ganze Entwicklung der Lebewelt ergiebt.

Darwin hat die Theorie von der Vererbung erworbener Eigenschaften durch eine Annahme verständlich zu machen gesucht, die er selbst als provisorische Hilfshypothese betrachtete und als „Pangenesis" bezeichnete. Darnach stellte die Keimzelle einen Körper-Extract und somit quasi eine Versammlung von Repräsentanten (gemmulæ) aller Zellen dar. Diese Hypothese ist heute allgemein fallen gelassen worden, der Kern der Darwin'schen Vererbungstheorie ist die Erblichkeit erworbener Eigenschaften. Ich darf es als bekannt voraussetzen, dass diese Lehre auch der Anwendung des Darwinismus auf das psychische und sociale Leben des Menschen zu

*) Die in Klammern gesetzten Zahlen beziehen sich auf das angehängte Litteratur-Verzeichniss.

**) Leider fehlt seiner Arbeit auch das kleinste Inhaltsverzeichniss und umsomehr vermisst man auch ein Register!

Grunde liegt, dass der das ganze moderne Denken beherrschende universelle Entwicklungsgedanke auf ihr beruht.

Gerade an diesem Punkte setzt nun Weismann, der im Uebrigen Ausserordentliches für die Fortbildung des zweiten Hauptgedankens Darwin's, der natürlichen Auslese, gethan hat, mit einem energischen „Nein" ein. Er bestreitet die Vererbung erworbener Eigenschaften. Zunächst bestreitet er die Beweiskraft aller dafür von Darwin und den frühesten Darwinisten gegebenen Beispiele. Seine Methode läuft dabei zumeist darauf hinaus, zu zeigen, dass das, was der Descendent ererbte, gar nicht vom Ascendenten erworben war, sondern diesem schon als manifeste, wenn auch weniger ausgeprägte Eigenschaft, oder als latente Eigenschaft, als Disposition angehört hat. Es geht dabei ohne starke Dialektik und Rhetorik nicht ab. (4)

Ich kann auf eine Discussion dieses Materials nicht eingehen, muss aber betonen, dass W. sich die Sache dadurch erleichtert, dass er zwar die Nicht-Erblichkeit wenig eingreifender Verletzungen und Verstümmelungen nachweist, das ganze grosse Gebiet der pathologischen Vererbung aber völlig ignorirt, bis auf ein einziges Beispiel. Wenn einer Ratte der Schwanz weggeschnitten wird, so hat die Ratte damit keine neue Eigenschaft erworben. Keinen Schwanz mehr zu haben, ist keine biologische Eigenschaft. Wenn sich diese Schwanzlosigkeit, so oft sie auch in Generationen nacheinander künstlich wiederholt sein mag, nicht vererbt, so ist damit durchaus nichts über die Vererbung erworbener Eigenschaften bewiesen. Kein Pathologe wird erwarten, dass das Kind eines Mannes, der am Tage vor der Zeugung saure Trauben gegessen hat, deshalb stumpfe Zähne bekommt. Dagegen weiss er, dass dieses Kind sehr mangelhaft geformte Zähne wird haben können, wenn der Vater sich einige Zeit vor der Zeugung syphilitisch inficirt hat. Erscheinungen dieser Art aber geht W. aus dem Wege; von pathologischen Thatsachen nennt er nur die bekannten, von Obersteiner wiederholten Experimente über das Auftreten von Epilepsie in der Nachkommenschaft von Meerschweinchen, denen eingreifendere Verletzungen am centralen oder peripherischen Nervensystem beigebracht wurden, und er bemerkt dazu, man dürfte dabei an einen „noch unbekannten Bacillus denken, der seinen Nährboden in der Nervensubstanz hat". (5, 6.)

Soviel über den negativen Theil der Weismann'schen Hypothese. Unter ihren positiven Bestandtheilen ist der wichtigste die Lehre von der Continuität des Keimplasmas. Das in den Kernen*) der Sexualzellen enthaltene „Keimplasma" hat nach W. eine sehr feste, sehr complicirte, sehr constante Architectur. Es geht von einer Generation unverändert auf die andere über; in dem neuen Individuum ernährt und vermehrt es sich freilich, aber ohne dass seine feine, eigenthümliche Structur von den Ernährungsbedingungen abhängig wäre; es bleibt qualitativ constant. Es wird nun die Hilfshypothese aufgestellt, dass die Existenz und das Wachsthum dieser Keimsubstanz continuirlich ist, weil nämlich zu Anfang der embryonalen Entwicklung ein Theil der Substanz des befruchteten Eikerns abgespalten und zurückgehalten wird und an der weiteren Entwicklung gar nicht Theil nimmt, sondern als unzerlegtes Keimplasma schliesslich in die Sexual-

*) Eigentlich in dem Chromatin des Kerns.

organe gelangt, wo es unter Erhaltung seiner unendlich fein differenzirten Architectur sich ernährt und an Masse zunimmt.

Das so von vornherein abgespaltene, sozusagen in Sicherheit gebrachte Keimplasma ist von den Schicksalen des Körpers, des Soma, vollkommen unabhängig; es wird von Generation zu Generation weitergegeben, es stellt also eine (virtuell) unsterbliche Substanz im Gegensatze zum sterblichen Soma dar; in seiner olympischen Ruhe bleibt es Allem fremd, was das Soma an Eigenschaften erwirbt, und desshalb kann diese Vererbungssubstanz auch keine erworbenen Eigenschaften übertragen.

Das ist wenigstens der Stand der Weismann'schen Lehre in seinem Ende 1892 erschienenen grossen Sammelwerke (7).

Dieser Keimplasmatheorie gegenüber hat man nun zunächst gefragt: Wenn das Keimplasma continuirlich und constant ist, müssten sich alle Individuen einer Art völlig gleichen; woher kommen denn dann Varietäten und individuelle Eigenschaften?

W. hat zur Beantwortung dieser Frage ein neues, kühnes Hypothesengebäude aufgeführt, dass die neuen Eigenschaften des Individuums aus der „Amphimixis", d. h. der geschlechtlichen Zeugung entspringen lässt. Im weiteren Ausbau dieser Erklärung kam er ferner zu der Annahme, dass die Kernmasse der Keimzellen sehr viele „Ahnenplasmen" oder „Ide" enthält, in vielen Fällen wohl über 100; jedes dieser Ide genügt zum Aufbau eines Individuums; die Reduction der Zahl dieser Ahnenplasmen während der ersten Befruchtungsvorgänge bedingt, dass für jedes Individuum andere Vererbungstendenzen ins Spiel kommen.

Damit schiebt W. die Antwort auf die Frage nach dem Entstehen von Varietäten und individuellen angeborenen Eigenschaften zurück; das kann nicht gerade befriedigen. Man fragt schliesslich wieder, woher denn die Unterschiede der verschiedenen mit einander verbundenen Ide kommen, da doch die Keimsubstanz constant und allen Einwirkungen der Lebensverhältnisse entzogen ist. Die Theorie kann darauf keine andere Auskunft geben als den Hinweis auf die Continuität des Keimplasmas und darauf, dass das einzelne Id ja einen Ahnen repräsentirt, der seine Individualität wiederum der Amphimixis verdankt. So kann man sich durch eine riesengrosse Kette von Generationen rückwärts fragen und erhält immer dieselbe Antwort. Es ist das eine neue Auflage des elcatischen Problems. Diese Antwort bleibt aber dieselbe nur so lange, als wir in der Ahnenreihe mit mehrzelligen Organismen zu thun haben. Sobald wir bei unseren einzelligen Ahnen angelangt sind, ändert sich das Verhalten. Die Einzelligen haben kein Keimplasma, sie sind unmittelbar dem Milieu unterworfen. „So läge denn die Wurzel der erblichen individuellen Unterschiede wieder in den äusseren Einflüssen, welche den Organismus direct verändern; aber nicht auf jeder Organisationshöhe kann auf diese Weise erbliche Variabilität entstehen, vielmehr nur auf der niedersten, bei den einzelligen Wesen".*) Kurz, wenn zwei Brüder sehr verschieden sind, wenn in einer Philisterfamilie ein künftiges Genie zur Welt kommt, haben diese Variationen ihre Wurzel nur bei den niedersten, den einzelligen Wesen.

---

*) Aufsätze über Vererbung, pg. 339.

Es gehört einige Phantasie dazu, sich die Persönlichkeit Newton's oder Bismarck's bedingt vorzustellen durch das Manifestwerden von bisher latenten Protozoen-Eigenschaften, zumal wenn diese Erklärung nur die Consequenz einer anderen Hypothese, der von der Continuität des Keimplasmas, ist.

In seiner neuesten Arbeit (8) hat W. allerdings diese Gedanken modificirt. Ehe ich darauf eingehe, will ich bemerken, dass diese neueste Arbeit einer Theorie der Entwicklung sehr viel mehr Raum giebt, als einer Theorie der Vererbung. Wir erfahren dort, dass alle Formen, Theile und Eigenschaften des Körpers bereits im befruchteten Ei präformirt oder, um mit W. zu sprechen, determinirt sind. W. giebt in der Strenge, mit der er alles im Ei präformirt sein lässt, den Einschachtelungslehren der alten Embryologen nichts nach. Alles ist durch Iden (s. o.), Determinanten und Biophoren schon genau vorherbestimmt; das befruchtete Ei enthält ein Mosaik von Bestimmungsstücken, die nur aus ihrer unsichtbaren in eine sichtbare Anordnung zu treten haben; die Ontogenese ist einfach ein Aufmarsch präformirter Theilchen, die nur sichtbar und grösser werden, freilich erfährt man nichts von der Armeeleitung, von den „unbekannten ordnenden Kräften" (die Weismann seinerseits bei Darwin vermisst); jeder Determinante — ein Id-Theil, der zu Zellen oder Zellengruppen, welche selbstständig variabel sind, auswächst — hat in dem Laufe der Entwicklung nur seine rechte Stelle einzunehmen und sich zu ernähren, alle qualitative Anlage steckt in ihm, er ist ja der Repräsentant dieser Anlage, und er ist dabei von dem gesammten übrigen Ei und dem mütterlichen Organismus unabhängig. Der Determinant ist der Fleisch, resp. Plasma gewordene Determinismus.

Zu dieser Entwicklungshypothese ist W. in der Consequenz der Keimplasmalehre getrieben worden. Er hat sie mit ungemeinem Scharfsinn ausgestaltet und durch subtile Einzelheiten gegen Einwände gestützt. Seine Vererbungstheorie wird dadurch aber nicht direct berührt. Ich verweise für Einzelheiten auf die sehr klare Darstellung von Rohde (l c. p. 22—31) und auf die ausführliche Kritik von Hertwig (9).

Kurz nach dem Erscheinen seiner gesammelten Aufsätze hat nun Weismann eine neue Form seiner Keimplasmalehre gegeben (8), in der dasselbe nicht mehr als vollkommen continuirlich und vollkommen stabil erscheint.*) Aber es bleibt doch fast continuirlich und sehr stabil. Sehr klar und übersichtlich hat Rohde dieses neueste Stadium der Hypothese dargestellt. In ihrer neuen Form stellt sie eine ausserordentliche Förderung der bisherigen Lehren von der Vererbung dar. Die Heisssporne des Weismannismus werden nunmehr nicht behaupten, dass die Constitution des Descendenten völlig unabhängig von Lebensführung und Schicksalen des Ascendenten ist, die übereifrigen Darwinisten nicht mehr erwarten, dass Verletzungen und sonstige geringfügige localisirte, erworbene „Eigenschaften" auf die Nachkommen übergehen. W. sucht jetzt die Wurzel der erblichen Variation in einer directen Einwirkung der äusseren Einflüsse auf die Keimsubstanz, er räumt ein, dass auch die Elemente der Keimsubstanz steten Schwankungen in ihrer Zusammensetzung unterworfen sind, und dass

*) Die Arbeiten Weismann's über Vererbung füllen mehr als 1400 Seiten! Es kann hier also nur auf die wichtigsten Punkte hingewiesen werden.

die unvermeidlichen Ungleichheiten ihrer Ernährung schliesslich als sichtbare individuelle Variationen zum Vorschein kommen.

„Der Beginn einer Variation ist unabhängig von Selection und Amphimixis; er beruht auf den unaufhörlich wiederkehrenden kleineren Unregelmässigkeiten der Ernährung des Keimplasmas".

Die Weismann'sche Lehre hat anfangs, wie die biologische Litteratur des letzten Jahrzehnts zeigt, die unbefangene Forschung auf dem Gebiete der Vererbung stark gehemmt; nachdem W. mit bewunderungswürdiger Selbstverleugnung die Hauptthesen seiner Lehre modificirt hat, wird das Vererbungs-Problem erst für Experiment und Beobachtung zugänglich. Es handelt sich nun darum, festzustellen, wie auf die verschiedenartigen physiologischen und pathologischen Factoren des Einzellebens die Keimsubstanz reagirt, in welchen angeborenen Eigenschaften des Descendenten sich die erworbenen Eigenschaften des Ascendenten reflectiren. In diesem Sinne ist, wie Romanes (10) in seiner einschneidenden Kritik Weismann's mit Recht hervorhebt, die Frage nach der Vererbbarkeit erworbener Eigenschaften auf genau demselben Stande geblieben. Nur haben Weismann's frühere Arbeiten gezeigt, welche gekünstelten, verwickelten und schliesslich unhaltbaren Hypothesen zu Stande kommen, wenn man unter Leugnung dieser Vererbbarkeit den Thatsachen genügen will.

Dass die Frage der Abhängigkeit functionell bedeutender angeborener Varietäten von Ernährungsstörungen und sonstigen pathologischen Erlebnissen der Ascendenten das grösste Interesse für Alle hat, die sich mit sogenannten degenerirten Individuen zu befassen haben, liegt auf der Hand. Die Degenerationstheorie ist ja nur ein Kapitel der Theorie der Vererbung, und von einem umfassenderen biologischen Standpunkte aus zeigt es sich, dass die „in der Breite des Normalen" liegenden Varietäten denselben Gesetzen unterworfen sind, wie die Degenerationszeichen und die congenitalen Krankheitsdispositionen.*)

Es ist desshalb von Interesse, die Stellungnahme der pathologischen Anatomen in der durch Weismann angeregten Discussion kennen zu lernen, und in der sehr umfangreichen, weit zerstreuten Litteratur zeigt sich Rohde als ein sehr zuverlässiger Führer. Er citirt eine Reihe älterer und neuerer Arbeiten Virchow's (11), die indessen im Wesentlichen darauf hinauslaufen, alle Varietäten für pathologisch zu erklären und den „Transformismus", wie V. den Darwinismus zu nennen beliebt, mit den altgewohnten Argumenten zu bekämpfen. In der Discussion moderner Biologen, die ausnahmslos auf den Schultern Darwin's stehen, machen diese Argumente keinen actuellen Eindruck. Ein entschiedener Anhänger der Vererbung erworbener pathologischer Zustände ist Klebs, der in bestimmten Rassenmerkmalen beim Menschen die Nachwirkung von Cretinismus und Rhachitis der Ascendenz wiederfindet. Fast ganz auf dem Boden Weismann's dagegen steht E. Ziegler (12): Erbliche Krankheiten sind für ihn vererbte Keimes-Variationen, die spontan bei dem ersten Individuum aufgetreten

*) Ich habe bereits vor längerer Zeit betont, dass die Erforschung der Degenerations-Zeichen davon auszugehen hat, sie als anatomische Varietäten anzusehen (Naturgeschichte des Verbrechers 1893. p. 12 f., p. 26).

sind, bei welchem die familiäre Krankheit beginnt. Erbliche Neuropathien beruhen nicht auf der Vererbung von Krankheiten, sondern von Anlagen. Auch in der Beurtheilung der Brown-Séquard'schen Epilepsie lehnt sich Z. an Weismann an und sagt, es handle sich um „eine allgemeine Decrepidität", die sich eben besonders stark in nervösen Leiden äussert. Auch für die Descendenz der Alcoholisten nimmt er an, es handle sich bei ihren Anomalien nicht um Vererbung erworbener Schäden des alcoholistischen Ascendenten, sondern um directe Intoxication der Geschlechtszellen, oder aber darum, dass auch die Trunksucht des Ascendenten einer angeborenen Variation entspräche. Ferner deutet Ziegler an, dass die an sich normalen Keimsubstanzen des Vaters und der Mutter so different sein können, dass „aus ihrer Copulation eine Variation pathologischer Art, d. h. ein neues Individuum entstehen kann, dessen neue Eigenschaften uns pathologisch erscheinen. Im Uebrigen bestehen Ziegler's Mittheilungen im Wesentlichen in einer Anpassung der allgemein pathologischen Anschauung und Terminologie an die Keimplasma-Theorie und ihre Formulirung; neue Thatsachen und Experimente begründen seinen Anschluss an Weismann nicht, und das Thatsächliche kommt nur in einer Kritik der üblichen Beispiele für die Vererbung erworbener pathologischer Charactere zur Geltung.

In diesem Sinne kann man wohl von einer Influenz des Weismannismus reden, die ausserordentlich weit verbreitet war und ist, und der auch die übrigen namhaften Pathologen, die in die Discussion eingegriffen haben, nicht widerstehen konnten. Nur allzu oft ist der Weismannismus incorporirt, aber nicht assimilirt worden. Uebrigens hat Orth (13) schon 1887, also zu einer Zeit, wo das Keimplasma den Weismannianern als absolut constant galt, betont, dass die Keimsubstanz unter dem Einfluss der umgebenden Gewebe Veränderungen erleiden kann, welche das Auftreten neuer Eigenschaften bedingen, worauf auch Klima, Lebensweise und andere Factoren des Mediums hinwirken können, wie denn bekanntlich zahlreiche Eier innerhalb der Follikel absterben.

Orth hat ferner das Verdienst, zur Aufklärung des Begriffs der erworbenen Eigenschaften beigetragen zu haben: „Alles, was nicht ererbt ist, d. h. was nicht durch die Karyoplasmen der Eltern dem neuen Individuum schon übergeben worden ist, Alles also, was durch die Einwirkung ausserhalb des Keims liegender Ursachen entstanden ist, Alles das ist auch erworben". Ferner unterscheidet Orth direct und indirect erworbene Eigenschaften, jene erworben durch äussere Einwirkung auf den entwickelten Körper, diese durch Einwirkung auf die Keimzelle vor der Befruchtung. Beide Categorien bezeichnet er als erblich, jene doch nur, soweit sie den ganzen Organismus beeinflussen. Auf die erworbene und vererbte Immunität deutet O. als auf einen der Fälle, in denen Soma und Keimsubstanz gleichsinnig abgeändert werden. Schliesslich betont er, dass Läsionen, welche Circulation, Stoffwechsel oder Nervensystem dauernd schädigen, durch Veränderung der Keimsubstanz bestimmt localisirte Abänderungen am Descendenten bedingen können. Als den Hauptgegenstand der Vererbung auf pathologischem Gebiet bezeichnet er erworbene Dispositionen (13).

In einem leicht zugänglichen Artikel (14) hat neuerdings auch Ribbert zu Weismann Stellung genommen. Auch R. complicirt den Begriff

der erworbenen Eigenschaft durch Uebernahme des Gegensatzes zwischen Soma und Keimsubstanz von Weismann, und will nur da von Vererbung erworbener Eigenschaften reden, wo das „Keimplasma“ neue Eigenschaften erworben hat; er kommt ferner zur Aufstellung der Frage, ob tiefere Störungen der Ernährung und Innervation der Organe das Keimplasma dadurch beeinflussen, dass Zellenfragmente („Biophoren“, s. o.) der veränderten Organe aus der Circulation heraus entsprechende Ernährungsabänderungen auf die Keim-Biophoren übertragen könnten. In dieser Auffassung zeigt sich also ein Uebergang von der starr-mechanischen Theorie Weismann's zu der dynamischen, heute fast vergessenen Wellentheorie Häckel's.*)

Schliesslich hat Déjérine, wie Rohde nachweist, die Erblichkeit auf neuropathologischem Gebiete ganz vom Standpunkte der Weismann'schen Theorie aus behandelt.

Wenn die Discussion der Vererbungsgesetze durch die Pathologen nun auch keine concreten Resultate ergeben hat, so darf man doch einige allgemeine Ergebnisse nennen. Dazu gehört die besonders von Ziegler geförderte Einsicht, dass zwischen pathologischen und physiologischen Variationen keine feste Grenze zu ziehen ist, besonders nicht bezüglich des Nervensystems. Damit stimmen, das betont auch Rohde, die klinischen Erfahrungen über psychische Dispositionen und Minderwerthigkeiten überein.

Ferner sind der künftigen experimentellen und klinischen Forschung auf diesem Gebiete nun präcis formulirbare Probleme gegeben. Es ist festzustellen: 1. welche Abänderungen in der Descendenz auftreten, wenn die Ascendenten eine Verschlechterung der Ernährung erfahren; 2. welche Variationen bei der Descendenz durch bestimmt localisirte, abgegrenzte Einwirkungen auf den oder die Ascendenten hervorgerufen werden; 3. ob der Organismus „Veränderungen, welche durch äussere Anstösse an ihm geschehen, derart auf die Keimzellen zu übertragen vermag, dass sie in dem kommenden Geschlecht wiederum zu derselben Zeit und an derselben Stelle des Organismus sich entwickeln, wie es bei dem elterlichen Organismus geschah“ (Weismann, Aufsätze über Vererbung, p. 120).

Augenfällig ist die grosse Bedeutung, welche der Streit um den somatogenen oder blastogenen, durchspontane Keimabänderung bedingten Ursprung angeborener Variationen hat für das neuerdings so viel umstrittene Problem, welche Rolle das Medium für die Entstehung psychischer Anomalien und antisocialer Lebensführung hat; ich kann hier darauf nur kurz hindeuten. Es ist characteristisch, dass Lamarck, der alle Abänderungen aus Factoren des Milieu ableitet, derselben Nation angehört, die das Verbrecherthum als eine sociale Erscheinung betrachtet.**) In der That bilden Lamarckismus und Weismannismus ebenso entgegengesetzte Pole, wie Lombroso und Lacassagne. Um so wunderbarer ist es, dass die deutschen Gelehrten, die Weismann's früheres, vorwiegend speculatives, ausserordentlich künstliches System so

*) E. Häckel: Die Perigenesis der Plastidule. (Die Wellenzeugung der Lebenstheilchen.) Berlin 1876.

**) Das ganze geistige Leben Frankreichs ist in diesem Jahrhundert von dieser Idee beherrscht; bei allen seinen grossen Forschern, bei Comte, Taine, Renan, wie bei Gauthier, Zola, Mérimée herrscht die Lehre von dem dominirenden Einfluss des Milieu; daher der ganze Naturalismus und Impressionalismus.

enthusiastisch aufnahmen, für die viel weniger hoch gethürmten, verwandten Ideen Lombroso's so gar nicht empfänglich waren.

Weismann und seine Interpreten haben ihre Hypothesen zumeist an die Erscheinungen der Copulation und der ersten Furchungsstadien der Keimzellen wirbelloser Thiere angeknüpft, und auch das Für und Wider, wodurch diese Hypothesen fortgebildet worden sind, lehnt sich an Thatsachen aus der Biologie der Pflanzen und Invertebraten.

Von einer der Weismann'schen Keimplasmalehre in ihrer heutigen Gestalt sehr ähnlichen Hypothese ausgehend, hat Francis Galton sich nicht, wie Weismann, dem speculativen Ausbau derselben hingegeben, sondern 30 Jahre lang anthropologisches Material gesammelt, theils auf dem Gebiete der Anthropometrie und der somatischen Varietäten, theils auf dem Gebiete besonderer psychischer und psychomotorischer Anlagen, practischer, künstlerischer und wissenschaftlicher Talente.

Rohde behandelt ziemlich eingehend die Hypothese vom „Stirp", wie Galton die Vererbungssubstanz nennt; die systematischen Thatsachensammlungen Galton's erwähnt er aber nur dem Namen nach; ich halte mich desshalb für berechtigt, einiges über dieselben zu sagen.

Das der Zeit nach ältere Werk, „Ueber die Erblichkeit des Talents und Genies", liegt seit kurzem in neuer zweiter Auflage vor (15); das zweite einschlägige Hauptwerk (16) ist bereits vor 6 Jahren erschienen und kann desshalb nur kurz erwähnt werden. Es beruht auf umfangreichen Erhebungen über Familien-Eigenschaften und die Variabilität dieser Eigenschaften, welche G. mittels zahlreicher Schemata an einem grossen Materiale und zwar an mindestens zwei successiven Generationen festgestellt hat. Galton hat sich die Ausfüllung seiner Schemata dadurch gesichert, dass er einen Preis von 1000 Mark für die beste und Preise von 100—900 Mark für die nächstbesten Nachrichten, zusammen 10,000 Mark, aussetzte und Controll-Maassregeln vornahm. Diese und ähnliche Enqueten bezogen sich auf die Familien-Varietäten, die Körpergrösse, Augenfärbung, auf „gutes und schlechtes Temperament", auf Körpergrösse, Augenfarbe und künstlerische Neigungen als Factoren der sexuellen Auslese, daneben wurden, ohne besondere Rücksicht auf Descendenz-Verhältnisse, Controll-Ermittelungen über die Variabilität der Statur, Spannweite Vitalcapacität, Druckkraft, Gesichtsschärfe angestellt. Aus der Bearbeitung dieses Materials in streng statistisch-mathematischer Methode sucht G. dann der Ableitung von Vererbungsgesetzen näher zu kommen.

Die Bedeutung dieser Arbeiten liegt wesentlich in der Ausarbeitung sicherer Methoden, die für Speculation keinen Spielraum lassen, in der Aufstellung von Schematen und Formeln für eine allen Anforderungen an Exactheit genügenden Statistik und der erschöpfenden Analyse des Begriffs der Variation und Variabilität. Unter den einzelnen Bemerkungen G.'s ist eine besonders hervorzuheben, die bei allen Beobachtungen und Experimenten über Vererbung erworbener Eigenschaften zu beachten ist, wenn nicht Fehlschlüsse gemacht werden sollen: dass diese Vererbung viel mehr bei den Enkeln als bei den Kindern des Erwerbers zu erwarten ist. Ein anderes Resultat formulirt G. wie folgt („Natural Inheritance", p. 197): „Es kann ein fundamentaler Unterschied existiren zwischen zwei Elternpaaren, deren

natürliche Anlagen anscheinend gleich sind. Wenn eines derselben aus zwei begabten Mitgliedern einer dürftigen Rasse*), das andere aus zwei Durchschnitts-Individuen einer begabten Rasse besteht, so wird der Unterschied der Paare erst in ihrer Descendenz manifest werden. Die Kinder des ersteren werden eine Tendenz zum Rückschritt erkennen lassen, die des letzteren nicht. Der Werth guter Rasse für das Wohl künftiger Generationen ist somit deutlich erkennbar". Ein anderes Ergebniss ist der Nachweis, dass Kinder von Eltern, die vom Durchschnittstypus abweichen, meist wieder dem mittleren Typus sich nähern (Gesetz der Regression), so dass alle Variation schliesslich wieder ausgeglichen wird.

Neben diesen allgemeinen Untersuchungen steht nun der höchst interessante Versuch G.'s (15), massenhafte Daten über die Ascendenz, Descendenz und Seitenverwandtschaft hochbegabter Männer zu verwerthen. Er ermittelt für die einzelnen Individuen nicht nur Verwandte gleichartiger Begabung, sondern alle Verwandten, die irgend ein beliebiges Talent besassen. Eine Genialitätsstatistik (wie sie später in ähnlicher Weise Lombroso versucht hat) bildet demnach den Ausgangspunkt der Untersuchungen.**)

Abgesehen von 400 Männern allerersten Ranges aller Länder und Epochen hat Galton berühmte Engländer auf ihre Familienanlage untersucht. Er bemerkt, dass zumeist das 50. Lebensjahr überschritten wird, ehe der Einzelne Ruf erlangt, und verglich die Zahl der von ihm als eminent bezeichneten Individuen dieses Alters mit der Zahl der über 50 Jahre alten männlichen Bevölkerung Englands. Aus Biographien, Sammelwerken, Zeitungs-Nekrologen fand er, dass ein eminentes Individuum auf 4000 Engländer kommt, und dass diese Relation auch für frühere Jahrhundert gilt. Nur eminente Individuen nahm er in die Verzeichnisse der Verwandten „illüstrer" Männer auf. Die Zahl letzterer wurde viel rigoroser festgestellt; „diese sind so selten wie 1 auf 1,000,000, ja manche wie 1 auf mehrere Millionen. Es sind Männer, für welche der gebildete Theil der Nation trauert, wenn sie sterben, und die in der Nachwelt als historische Figuren rangiren". Welche Criterien und Cautelen G. angewendet hat, um nicht blosse Reclamegrössen oder Producte von Nepotismus und Cliquenwirthschaft unter die Zahl der „eminenten Männer" mitzunehmen, muss im Original nachgelesen werden.

Er giebt nun auf 200 Seiten der Reihe nach ausführliche alphabetische Listen „illüstrer" Juristen, Staatsmänner, Heerführer, Literaten, Naturforscher und Mathematiker, Dichter, Musiker, Maler und Theologen, und ihrer „eminten" Blutsverwandten, wozu dann noch Verzeichnisse Cambridger Preisgewinner ersten Ranges („Senior Classics"), berühmter Wett-Ruderer und Ringer kommen.

---

*) Im Original: „Of a poor stock".

**) G. bedauert in der neuen Auflage, dass sein Ausdruck „Genius" in einem zu engen „technischen" Sinne verstanden worden wäre. Es wäre ihm lieber, wenn er den Titel „erbliche Begabung" (hereditary ability) gewählt hätte.

Die gesammte Statistik lässt sich in folgender Tabelle zusammenfassen, wobei die Anzahl der „illüstren“ Mitglieder der verschiedenen Categorien = 100 gesetzt ist.

		Einzelne Gruppen								Zusammen
		Juristen	Staatsmänner	Heerführer	Literaten	Naturforscher	Dichter	Künster	Theologen	
Zahl der Familien mit mehr als einem eminenten Mitgliede		85	39	27	33	43	20	28	25	300
Gesammtzahl der eminenten Mitglieder in allen Familien		262	130	89	119	148	57	97	75	977
Verwandtschaftsgrade zwischen „illüstren“ und „eminenten“ Personen, Häufigkeit ihres Vorkommens.		%	%	%	%	%	%	%	%	%
Nächste Verwandtschaft	Vater . .	26	33	47	48	26	20	32	28	31
	Bruder . .	35	39	50	42	47	40	50	36	41
	Sohn . .	36	49	31	51	60	45	89	40	48
		—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nahe Verwandtschaft	Grossvater .	15	28	16	24	14	5	7	20	17
	Onkel . .	18	18	8	24	16	5	14	40	18
	Neffe . . .	19	18	35	24	23	50	18	4	22
	Enkel . .	19	10	12	9	14	5	18	16	14
		—	—	—	—	—	—	—	—	—
Entfernte Verwandtschaft	Urgrossvater	2	8	8	3	0	0	0	4	3
	Grossonkel .	4	5	8	6	5	5	7	4	5
	Cousin . .	11	21	20	18	16	0	1	8	13
	Grossneffe .	17	5	8	6	16	10	0	0	10
	Urgrossenkel	6	0	0	3	7	0	0	0	3
Alle ferneren Verwandtschaftsgrade		14	37	44	15	23	5	18	16	31

Ueber die Beziehungen zwischen Genie (im „technischen“ Sinne des Worts) und Psychopathien spricht G. sich nur kurz in der Vorrede aus; er ist erstaunt, wie oft Irresein und Schwachsinn unter den nahen Verwandten ungewöhnlich begabter Männer ist, und würde sich nicht wundern,

wenn einer der „enthusiastischeren Anhänger Lombroso's bemerken wollte, N. N. könne kein Genie sein, denn weder er noch Mitglieder seiner Familie wären je verrückt gewesen“.

Die höchste Begabung erscheint auf Grund der Listen und Tabellen G.'s nicht als eine Anomalie oder Ausnahmeerscheinung, sondern nur als extremster Fall einer familiären Tendenz, vom mittleren Typus in verschiedenen Richtungen zu variiren. Eine aufmerksame Betrachtung der obenstehenden Tabelle wird erkennen lassen, wie plausibel diese Auffassung ist. Im Uebrigen giebt das von G. in extenso mitgetheilte Material Anlass zu manchen anderen Erwägungen, z. B. zu der grösseren Homogeneität der Qualität der Begabung bei den „eminenten“ Verwandten illüstrer Maler und Musiker.

Die qualitative Analyse des Materials ist auch in diesem Werke G.'s durch die statistische Theorie erheblich eingeengt, aber eine Fülle feiner Bemerkungen, die zu zahlreich sind, um auch nur theilweise reproducirt werden zu können, beleuchtet viele Fragen der Vererbung psychischer Eigenschaften und entschädigt für die Einseitigkeit der statistischen Analyse.

Eine kurze aber sehr einschneidende Kritik haben diese Untersuchungen Galton's ganz vor Kurzem in der neuen, fünften Auflage von Ribot's Hérédité psychologique gefunden. Dieses Hauptwerk über die Vererbung psychischer Eigenschaften, dessen vor 20 Jahren erschienene deutsche Ausgabe*) wohl in keiner psychiatrischen Bibliothek fehlt, hat seit seiner Verdeutschung in wiederholten Auflagen eine völlige Umgestaltung erfahren und enthält neben einer ausserordentlich reichen Zahl von Thatsachen eine höchst lichtvolle und feine Darstellung und Kritik der neueren biologischen Vererbungstheorien. Ribot steht ganz auf dem Boden Darwin'scher und Spencer'scher Anschauungen, zu deren Weiterbildung und Verbreitung er auch in anderen Werken so viel gethan hat. Er verficht mit Kraft und Gewandtheit die Vererbung der Resultate psychischer Arbeit, die erbliche Fixirung von Gewohnheiten in Form von Instincten, die Fixirung von gleichmässig wiederholten Erfahrungen zu angeborenen, psychologisch als Anschauungs- und Denkformen sich äussernden Hirnautomatismen. Auf diesem Gebiet, dem der psychischen Entwicklung, sind die wesentlichsten Argumente gegen den Weismannismus zu suchen.

Weismann selbst hat so viel mit Postulaten und Hilfshypothesen operirt, dass man ihm auch einmal mit einem Argument a priori entgegentreten darf: Die Keimsubstanz ist dem allgemeinen Gesetz der Anpassung nicht weniger unterworfen, als alle andere lebende Substanz. Wenn eine phylogenetische Entwicklung überhaupt möglich sein soll — und sie ist wirklich —, so muss die Keimsubstanz zwei Bedingungen genügen, der Stabilität der typischen Eigenschaften und der fortschreitenden Differenzirung.

Die Stabilität ist nur möglich, wenn mechanische Schädigungen, Verstümmelungen und Verletzungen, denen jeder Organismus beständig ausgesetzt ist, nicht vererbt werden.

Die fortschreitende Differenzirung ist nur möglich, wenn die Erfolge des Gebrauchs, der Uebung, der activen Anpassung so auf das Keimplasma

*) Von O. Hotzen. Leipzig, bei Veit & Co., 1876.

wirken, dass sie vererbt werden. Es ist nicht einzusehen, wie die bisher auf der Erde durchlaufene Phylogenese möglich werden konnte, wenn nicht eine Anpassung der keimbildenden Organe an diese Bedingungen stattgefunden hat. Die natürliche Auslese muss zum Untergange von Arten führen, deren Keimsubstanz so inert und erstarrt ist, wie Weismann bis zum Jahre 1893 sein „Keimplasma" geschildert hat. Man kann sich kaum das Keimplasma der Chinesen so völlig indifferent und reaktionslos denken.

Zum Schluss verweise ich auf die ernsten mit der Lehre von Vererbung und natürlicher Auslese eng zusammenhängenden socialen Probleme, welche Ribot (l. c. S. 376—384) und Galton (Hereditary Genius, p. XX—XXVII, p. 325—348) eingehend erörtern. Beide verlangen eine systematische und bewusste Anwendung der Vererbungsgesetze, einen auf sie gestützten Kampf gegen die Entartung und für eine humane Entwicklung im individuellen Leben und durch eine energische Socialpolitik.

Dieser Gedanke ist von einem englischen Physiologen (Anhänger Weismann's), J. B. Haycraft, in einem interessanten kleinen Buche (17) näher ausgeführt worden. H. verlangt, noch radicaler als Lombroso, Absonderung aller degenerirten Volkselemente und bewusste sexuelle Auslese; er verlangt ein Opfer individueller Rechte zu Gunsten socialer Pflichten, giebt freilich aber auch zu, dass für den Augenblick nicht an eine Realisirung, sondern nur an eine Propaganda dieser Forderungen gegangen werden kann.

Eine andere geistvolle Schrift, welche die Probleme der Vererbung berührt, besonders aber die sociale Bedeutung des Kampfes um's Dasein und der natürlichen Auslese glänzend darstellt, ist die von mir übersetzte Arbeit Enrico Ferri's „Socialismo e scienza Positiva" (18). Wer den Vorzug gehabt hat, Ferri in der psychiatrisch-anthropologischen Section des vorjährigen römischen Congresses zu sehen, wird in dem hinreissend und mit blendender Beredtsamkeit geschriebenen Meisterwerk die ganze gewaltige Persönlichkeit wiederfinden. Die Zeit ist unzweifelhaft gekommen, wo die grossen Fragen der Biologie einzugreifen anfangen in das öffentliche Leben, und unter ihnen steht in erster Reihe die der Vererbung.

Litteratur-Verzeichniss.

1. Féré: La famille névropathique. Paris 1894, p. 4—11. — 2. Th. Ribot: L'hérédité psychologique, V. édition. Paris 1894, p. I—VI; p. 406 ff. — 3. Dr. Friedrich Rohde: Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage nach der Entstehung und Vererbung individueller Eigenschaften und Krankheiten. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1895. — 4. A. Weismann: Ueber die Hypothese einer Vererbung von Verletzungen. Jena 1889. — 5. Derselbe: Ueber die Vererbung. Jena 1883, p. 17 ff. — 6. Ders.: Die Bedeutung der sexuellen Fortpflanzung für die Selectionstheorie, Zusatz 4. Jena 1886. — 7. Ders.: Aufsätze über Vererbung. Jena 1892 (848 p. 8⁰), p. 208, 245, 329, 330, 402. — 8. Ders.: Das Keimplasma. Eine Theorie der Vererbung. Jena 1893, 628 p. 8⁰. — 9. A. Hertwig: Zeit- und Streitfragen der Biologie. I. Präformation oder Epigenese. Jena 1894. — 10. G. J. Romanes: Eine kritische Darstellung der Weismann'schen Theorie. Deutsch von Karl Fiedler. Leipzig 1893. — 11. Virchow: Transformismus und Descendenz. Berliner klin. Wochenschrift

1893, Nr. 1. — 12. E. Ziegler: Die neuesten Arbeiten über Vererbung und Abstammungslehre und ihre Bedeutung für die Pathologie. (Beiträge zur pathologischen Anatomie etc., IV, 1889.) — 13. J. Orth: Ueber die Entstehung und Vererbung individueller Eigenschaften. Leipzig 1887. — 14. Ribbert: Neuere Anschauungen über Vererbung, Descendenz und Pathologie. Deutsche med. Wochenschr. 1894, Nr. 1 u. 2. — 15. Galton: Hereditary Genius, an inquiry into its laws and consequences. London, Macmillan and Co, 1893, 379 p. 8. — 16. Derselbe: Natural Inheritance, daselbst 1889, 259 p. 8. — 17. J. B. Haycraft: Darwinism and Race Progress. 180 p. 8⁰. London, Swan Sonnenschein & Co., 1895. — 18. Enrico Ferri: Socialismus und moderne Wissenschaft. 178 p. 8⁰. Leipzig, Georg H. Wigand, 1895.

IV. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

I) Anatomie und Physiologie.

219) **S. Schimannura** (Tokio, Japan): Ueber die Blutversorgung der Pons- und Hirnschenkelgegend.
(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 19 u. 21.)

Mittels einer Injectionsmethode, welche im Original genauer beschrieben ist, ist es dem Verfasser gelungen, die Arterien des Gehirns bis in die feinsten Ausläufer zur Anschauung zu bringen. Die anatomischen Details, welche von S. auf diese Weise studirt und im Original genau beschrieben und durch anschauliche Zeichnungen verdeutlicht sind, lassen sich nicht in einem Referat kurz wiedergeben.

Die Gefässäste an der Basis lassen sich in zwei Categorien theilen: 1. solche, welche nach verhältnissmässig kurzem Verlauf in die Hirnsubstanz eindringen und 2. solche, welche sich um die Hirnschenkel herum dorsalwärts wenden und dann in die Tiefe dringen. Letztere entspringen alle aus der Art. cerebri post. und versorgen die lateralen Partien einschliesslich der Vierhügel, während die Partien an der Medianlinie von den ersteren versorgt werden. Die medianen und lateralen Gefässbezirke anastomosiren nicht mit einander, wie es den Anschein hat. Ob zwischen den beiden an der Medianlinie liegenden Gefässgebieten Anastomosen bestehen, lässt sich nicht sicher feststellen.

Die Gefässvertheilung erklärt nach S. auch, dass die Gegend des Oculomotoriuskernes bei den verschiedensten Gehirnkrankheiten vorzugsweise afficirt ist, da die betreffenden Gefässe in fast senkrechtem Verlaufe von der Basis nach der dorsalen Seite aufsteigen und Endarterien sind, und der Oculomotoriuskern ungefähr an der Stelle des Gehirns liegt, wo das Gefässgebiet der Carotis und der Vertebralis sich begegnet. Hoppe.

---

220) **Mayser**-Hildburghausen: Ueber den Nervus opticus der Taube.
(Zeitschrift für Psychiatrie etc., Bd. 51.)

M. polemisirt auf Grund von Experimenten an Tauben gegen die Annahme einer totalen Sehnervenkreuzung. Die Thatsache, dass nunmehr

centrifugal verlaufende, in der Netzhaut mit einem Endbäumchen endigende Sehnervenfasern, deren Ernährungsgebiet in cerebro liegt, festgestellt seien, ändern nichts an der Auffassung der Befunde Gudden's und anderer Forscher. Nach M. erscheint es zweckmässig, die Hauptmasse des Tractus opticus der Vögel, welche den sogenannten Lobus opticus derselben bezw. des Mittelhirndachs mantelförmig überzieht, in zwei Haupttheile, nämlich ein vorderes oberes und hinteres unteres grosses Wurzelbündel zu zerlegen. Beide Wurzelbündel sind nicht deutlich von einander geschieden, gehen vielmehr im Bereich der lateralen Oberfläche des Lobus, denselben hohlkugelartig umfassend, mittels einer breiten Opticuszwischenschicht continuirlich in einander über. Jeder der beiden Wurzeltheile ist von einem kleineren medial verlaufenden, gleichfalls aus Opticusfasern bestehenden Trabanten begleitet. — Die Ansicht Bellonci's, dass die Fasern des medialen unteren Trabanten als Pedunculարfasern aufzufassen seien und den Tractus opticus durchsetzend ins Vorderhirn aufsteigen würden, sei unrichtig.

Nach der Enucleation eines Auges trete eine fast so gut wie totale Degeneration des contralateralen Tractus opticus ein. Dem gegenüber sei auffallend, dass der entsprechende Tractus opticus von einer zwar dünnen, jedoch so ziemlich die ganze Oberfläche gleichmässig überziehenden Schicht wohlerhaltener Nervenfasern überzogen sei. Diese Fasern seien unmöglich Opticusfasern. M. glaubt mit grosser Bestimmtheit behaupten zu dürfen, dass ein Theil davon den sogenannten optischen Commissurensystemen, in Sonderheit dem Homologen der Meynert'schen Commissur, ein Theil dem Corpus geniculatum thalamicum von Bellonci, ein Theil anscheinend der grauen Masse der Zwischenhirnseitenwand entstammt, welche medial vom Corpus geniculatum thalamicum, lateral vom ventralen Antheil des Pedunculus cerebri und ventral vom grossen Nucleus pedunculi gelegen ist.

Bezüglich der Atrophie des Lobus opticus selbst werden keine genaueren Angaben gemacht, da dies wegen der geübten Untersuchungsmethode (Weigert) nicht möglich sei, dahingegen finden sich im Original bestimmte Angaben über ein Fasersystem und dessen Beziehungen, welches M. als ein Homologon der Meynert'schen Commissur bezeichnet. Dasselbe ist unmittelbar hinter und theilweise etwas central von der Commissura inferior Gudden's gelegen.

Querschnitte durch die hintere Wand des Tuber cinereum lassen einen grauen, nach vorn keilförmig zugespitzten Knoten erkennen, welcher von M. für ein Endganglion von Opticusfasern gehalten wird. — Es werden die Beziehung der an der medianen Seite der unteren hinteren Opticuswurzel verlaufenden Fasern zu diesen Knoten besprochen, ferner der Verlauf und die Endigung von Fasern, die mit der oberen vorderen Opticuswurzel verlaufen. Letztere endigen in einem auswärts vom Trochleariskern liegenden grauen Knoten. In diesem Kern ziehen ferner Nervenfasern aus dem in der Nähe gelegenen Trochleariskern, sowie aus dem hinteren Längsbündel der Oblongata, aus welchem andererseits wieder viele Fasern in die Kerne der Augenbewegungsnerven übertreten und sich in denselben verlieren. Diese Thatsachen mögen in physiologischer Hinsicht bedeutungsvoll erscheinen. M. lässt die Möglichkeit offen, dass die in der inneren Körner-

schicht der Retina mit freien Endbäumchen endigenden Opticusfasern in den Zellen dieses Knotens ihren Ursprung nehmen. Bach.

---

221) **A. Eugen Fick:** Ueber die Frage, ob zwischen den Netzhäuten eines Augenpaares ein sympathischer Zusammenhang besteht.
(Vierteljahresschrift der naturforschenden Gesellschaft in Zürich, Jahrg. 40, 1895.)

Es ist eine bekannte Thatsache, dass bei Fröschen durch Belichtung der Netzhaut das Pigment derselben seinen Ort ändert, d. h. nach innen rückt und dass die Zapfeninnenglieder sich zusammenziehen. F. beschäftigte sich durch Versuche mit der Frage, ob durch Belichtung des einen Auges die gleiche Innenstellung von Pigment und Zapfen auf dem anderen verdunkelten Auge sich einstelle. Diese Frage ist durch Engelmann und seine Schüler mit Ja beantwortet worden. Derselbe belichtete das eine Auge eines Dunkelfrosches und fand dann Innenstellung des Pigmentes und der Zapfen in beiden Augen. Er schloss daraus, dass die Innenstellung des Pigmentes und der Zapfen durch den Sehnerv einen Reiz ins Gehirn sende und dass dieser Reiz im anderen Sehnerven zur zweiten Netzhaut herabsteige, dass also der Sehnerv doppelsinnig leite, einerseits sensitiv, d. h. zum Gehirn, andererseits motorisch, d. h vom Gehirn zur Netzhaut.

Allein nicht bloss durch Belichtung der Netzhaut, sondern auch durch Wärme bei Ausschluss des Lichtes, durch electrische Ströme von mässiger Dichte und abwechselnder Richtung, durch Strychninvergiftung, durch das Absterben der Zellen nach dem Tode und durch Behinderung der Athmung wird Innenstellung des Pigmentes hervorgerufen.

Viel spärlicher sind unsere Kenntnisse darüber, wie eine Aussenstellung des Pigmentes und der Zapfen sich erzeugen lässt; man ist nämlich nicht im Stande, durch Absperren des Lichtes oder sonstige Massnahmen eine vollständige, über die ganze Netzhaut verbreitete Aussenstellung des Pigmentes und der Zapfen hervorzurufen.

F. hält es für falsch, wenn Engelmann aus der Innenstellung des Pigmentes und der Zapfen an dem nicht belichteten Auge schliesst, dass die Uebertragung auf dem Wege der Sehnerven von Statten gehe und dass also in den Sehnerven ausser den centripetalen Fasern auch centrifugale vorhanden sein müssten. Denn durch Belichtung eines Auges lässt sich Innenstellung im anderen, dunkel gehaltenen Auge auch dann erzeugen, wenn vorher sein Sehnerv durchnitten worden ist, wie Fick durch Versuche bewiesen hat. Die Annahme, dass der Sehnerv nicht bloss hirnwärts, sondern auch in umgekehrter Richtung, also augenwärts leitende Fasern habe, stehe mit dem Gesetze von der specifischen Energie der Sinnesnerven in jedem Widerspruch.

F. kommt auf Grund von verschiedenartigen Versuchen zu dem Schlusse, dass die Belichtung des einen Auges im anderen weder durch Vermittlung des Nervensystems, noch der Blutbahn Innenstellung hervorbringe, dass Hautbelichtung weder durch Nerven- und Blutbahnen, noch durch Wärme oder Electricität auf die Netzhäute wirke. Er glaubt endgültig bewiesen zu haben, dass die Uebertragung nicht durch den Sehnerven vermittelt wird und dass also das Gesetz der specifischen Energie der Seh-

nerven durch die Arbeit Engelmann's über diese Frage nicht erschüttert worden ist. Bach.

222) **E. P. Braunstein** (Charkow): Zur Lehre von der Innervation der Pupillenbewegung. Mit 27 Figuren im Text.

(Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1894.)

Vorliegende Arbeit hat sich das Studium sowohl der peripheren als der centralen Innervation der Pupillendilatation zum Ziele gesetzt, wobei der Einfluss der Grosshirnhemisphären auf die Pupillenreflexe besondere Berücksichtigung gefunden hat.

Im ersten Theile seiner 142 Seiten umfassenden Monographie bringt B. in ausführlicher Weise die einschlägige Litteratur. Im 1. Kapitel des ersten Theiles wird die Lehre von der Innervation der Pupillenerweiterung behandelt, im 2. Kapitel der Einfluss des n. trigeminus auf die Pupille besprochen und im 3. Kapitel der Einfluss der Hemisphären und der grossen Gehirnganglien auf die Innervation der Pupillenerweiterung erörtert.

Im zweiten Theile bespricht B. zunächst die Untersuchungsmethode und führt dann den grösseren Theil seiner eigenen Experimente an.

Die Resultate der Untersuchungen B.'s lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

1. Bei Säugethieren entspringen die Pupillendilatatoren aus dem Rückenmarke, verlassen dasselbe durch die vorderen Wurzeln der 7., 8. Hals-, 1. und 2. Brustnerven und laufen durch die Rami communicantes zum Ganglion thoracicum primum. Von da steigen sie mit dem vorderen Aste der Ansa Vieussenii zum Ganglion cervicale inferius, aus dem letzteren gelangen sie durch den Halssympathicus in das Ganglion cervicale supremum. Nachdem sich die Pupillendilatatoren nach ihrem Austritt aus dem Ganglion cervicale supremum von dem Rami carotidei getrennt haben, gelangen sie in den Schädel zum Ganglion Gasseri und vereinigen sich mit dem ersten Trigeminusast. Von hier verlaufen sie zum Auge mit den langen Ciliarnerven, am Ganglion ciliare vorüber.
2. Der Stamm des n. trigeminus enthält hinter dem Ganglion Gasseri keine Pupillendilatatoren.
3. Die reflectorische Erweiterung der Pupille auf Reizung sensibler Nerven erfolgt nicht durch den n. sympathicus, sondern stellt einen depressiven Act dar, bedingt durch Hemmung des Tonus des Oculomotoriuscentrums.
4. Die sympathischen Ganglien üben einen tonisirenden Einfluss auf die die Pupille activ erweiternden Nervenfasern aus.
5. Man kann Pupillenerweiterung reflectorisch vom sympathischen System auslösen, indem hierbei die in letzterem eingeschlossenen sensiblen Nervenfasern gereizt werden.
6. Die asphyctische Pupillenerweiterung ist ein complicirter Act. Sie beruht einerseits auf activer Erregung durch dyspnoisches Blut des Pupillenerweiterungscentrums, aus dem die Impulse zum Auge auf dem Wege des Rückenmarkes durch den n. sympathicus fortgeleitet werden,

andererseits ist sie bedingt durch Hemmung der Thätigkeit des Pupillenverengerungscentrums.

7. Das active Rindenfeld, d. i. diejenige Stelle, deren Reizung mit einem electrischen Strome Pupillenerweiterung hervorbringt, umfasst den Gyrus centralis anterior et posterior und den Gyrus suprasylvius anterior (nach Ellenberger); nach Landois den vorderen Theil der 3. und 4. bogenförmigen Windungen).
8. Die Localisation des activen Rindenfeldes ist bei Hunden und Katzen dieselbe.
9. Die Pupillenerweiterung auf electrische Reizung der Rinde bleibt bestehen trotz Durchschneidung aller spinalen Dilatatoren, ebenso des Stammes des n. trigeminus hinter dem Ganglion Gasseri.
10. Die electrische Reizung des corpus striatum, beider Vierhügelpaare und der inneren Fläche des Thalamus opticus ruft Pupillenerweiterung hervor, welche weder nach Durchschneidung des n. sympathicus und des Rückenmarkes, noch nach voraufgegangener Exstirpation des Ganglion cerv. suprem. verschwindet.
11. Die Pupillenerweiterung in Folge verschiedener psychischer Affecte ist der Erweiterung auf Reizung des activen Rindenfeldes völlig analog.
12. Nach Exstirpation des activen Rindenfeldes bleiben die Psychoreflexe der Pupillen aus, dagegen nimmt die reflectorische Erweiterung auf Reizung sensibler Nerven einen mehr activen Character der directen Erweiterung (vom n. sympathicus) an.
13. Die Rinde der grossen Hirnhemisphären übt einen hemmenden Einfluss sowohl auf das Oculomotoriuscentrum als auf diejenigen Apparate aus, welche die Reflexübertragung von den sensiblen Nerven auf die Pupille besorgen.

Bach.

---

2. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und pathologische Anatomie.

223) **J. Baug**: Luftelekriciteten, dens fysiologiske og patologiske Betydning. (Die Electricität der Atmosphäre.)

(Norsk Magazin for Lægevidenskaben, 55. Jahrg., 1894, S. 455.)

Der Verf. hat bei fünf Neurasthenikern das Verhältniss zwischen dem Befinden der Kranken und der Potentialdifferenz der Luftelectricität in den Monaten Juli-August untersucht und dieses durch die Zeichnung von Curven illustrirt. Es scheint danach, als ob die von verschiedenen Leuten aufgestellte Behauptung eines zwischen der Neurasthenie und der electrischen Curve bestehenden Verhältnisses eine gewisse Bedeutung beizulegen ist, insofern als das höchste Unwohlsein der Kranken mit den höchsten Werthen der negativen Spannung zusammenfällt.

Koch (Kopenhagen).

---

224) **E. Reinert** (Tübingen): Beiträge zur Pathologie des Blutes. I. Anämie und Neurosen.

(Münchener medic. Wochenschr. Nr. 14, Jahrg. 42.)

Nach Ansicht des Verf. wird von fast allen Autoren angenommen, dass die Anämie eine Grundlage oder eine Disposition für die Neurosen giebt, er führt die Ansicht Müller's (Handbuch der Neurasthenie, S. 211)

an, dass die der Neurasthenie zu Grunde liegenden Störungen „in Veränderungen der Blutbeschaffenheit, der Blutcirculation und den dadurch ausgelösten Ernährungsanomalien der nervösen Grundelemente gegeben sind, dass diese Ernährungsanomalien auch idiopathisch entstehen und endlich auch angeboren sein können". Wechselseitig beobachtet man die verminderte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit, die Erregbarkeit, die Erschöpfbarkeit Anämischer wie bei Neurosen, und das blasse Aussehen bei Letzteren. Die Unsicherheit äusserer Eindrücke und Momente für die Diagnose einer Anämie bei Neurosen erforderte die genaue Untersuchung des Blutes. Der in 95 Fällen von Hysterie, Neurasthenie, Chorea minor, Epilepsie und Migräne untersuchte Hämoglobingehalt des Blutes schwankt zwischen 72,4 und 75,6 %. 80% und darüber ist als normal anzusehen. In 70% aller Fälle wurde eine, wenn auch meist nicht bedeutende, Herabsetzung des physiologischen Blutwerthes angetroffen. Man darf also „anämische Grundlage der Neurosen voraussetzen." Der Grad der Anämie ist verschieden. Zusammenhang zwischen Anämie und Neurosen ist nicht immer derart, dass Anämie Grundlage, es kann auch häufig umgekehrt sein, höchst wahrscheinlich bestehen aber zwischen Blut und Nervensystem vielfache Wechselbeziehungen, desshalb ist die Blutuntersuchung für Therapie und Prophylaxe der Neurosen von Wichtigkeit. Eine Eisenmedication hat bei Neurosen keine specifische Wirkung, wenn nicht die Suggestion dabei im Spiele; Erfolge finden sich durch Eisen nur, wenn ein Angriffspunkt in einer nennenswerthen Anämie besteht, in diesem Falle ist die Besserung derselben natürlich Grundbedingung. Die Hydrotherapie ist bei Neurosen, die auf Anämie beruhen, contraindicirt. Streng genommen soll in jedem Falle von Neurose der Hämoglobingehalt des Blutes bestimmt werden, man wird durch entspr. Maassnahmen höchst wahrscheinlich prophylactisch die Resistenzfähigkeit erhöhen. Da die Disposition zur Entwickelung einer Anämie, wie einer Neurose in den Entwicklungsjahren besonders bei Mädchen stark ist, soll der Hausarzt bei auch geringfügigen Störungen das Blut untersuchen. Ernst Schichold-München-Bad Landeck i. Schles.

---

225) **F. X. Dercum** M. D. (Philadelphia): Three cases of a hitherto unclassified affection resembling in its grosses aspects obesity, but associated with special nervous symptoms: „Adiposis dolorosa".

(The american Journal of the med. sc., Nov. 1892.)

Die Affection, bei drei Weibern auftretend, bietet mit Myxödem einige Aehnlichkeiten dar, cutane Anästhesie, Mangel der Perspiration, Dyspnoe und Degeneration der Glandula thyreoidea (microscopische Untersuchung beabsichtigt, aber durch ein Missverständniss unmöglich gemacht) Aber „all of these cases lack the peculiar physiognomy, the spadlike hands, the infiltrated skin, the peculiar slowing of speech and the host of other symptoms found in true myxœdema. It would seem, then, that we have here to deal with a connective-tissue dystrophy a fatty metamorphosis of various stages of completeness, occuring in separate regions, or at best unevenly distributed and associated with symptoms suggestive of an irregular and fugitive irritation of nervetrunks, possibly a nevritis". Fettige

Schwellung und Schmerzen rechtfertigen den Namen „Adiposis dolorosa“. Die Abhandlung ist illustrirt. Henrik Dedichen (Horten).

---

226) **Raynault** (Paris): Une observation de tremblement héréditaire. Assoc. franç. p. l'avanc. d. scienc.

(Bullet. médical 1893. Nr. 69.)

Junger Mann, der stark neurasthenisch ist, an profusen Schweissen an den Händen bei Aufregungen leidet und von Kindheit an zittert (nicht am Kopf und an der Zunge). Seit 2 Jahren, seitdem er in seiner bisherigen Lebensweise eine bedeutende Aenderung hat eintreten lassen (wenige geistige Anstrengung, mehr körperliche Uebung, mässige Ausübung des Coitus, vollständige Enthaltsamkeit von Alcohol und Kaffee) bedeutender Nachlass des Zitterns, das sich nur noch bei Aufregungen einstellt.

Urgrossvater und Grossvater trieben Missbrauch im Kaffeegenuss und zitterten. Ein Onkel, zwei Tanten und die Mutter des Kranken zittern auch; die Schwester des Kranken zittert zwar wenig, ist jedoch neurasthenisch.

Buschan.

---

227) **Pailhas**: Aphasie transitoire observée au cours d'une pneumonie grippale.

(Arch. de Neurol. XXIX, 99.)

Bei einem 28jährigen bisher gesunden Maurer traten bald nach Beginn einer schweren, tödtlich verlaufenden Influenza-Pneumonie Zustände von transitorischer unvollständiger motorischer Aphasie auf; diese Anfälle traten mehrfach am Tage auf, ihre Dauer schwankte von einigen Minuten bis Stunden; gleichzeitig stellte sich ein Gefühl von Lähmung und Kribbeln im rechten Arm ein, das wieder verschwand, wenn die Sprache normal wurde. Es bestand keine motorische Lähmung, die Zunge kam gerade, nicht zitternd heraus, die Pupillen reagirten. 4 Tage nach Beginn wurde die transitorische Störung eine dauernde, doch wechselte die Intensität, je nachdem Patient sich längere Zeit ausgeruht oder sich zu unterhalten bemüht hatte. Wenige Tage vor dem Tode trat noch eine leichte motorische Agraphie hinzu. Eine Section ist nicht gemacht worden.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

228) **E. Brissaud**: De la névroglie dans la moelle normale et dans la syringomyélie.

(Revue neurologique Nr. 19, 1894.)

Die Gestaltung des Centralcanals variirt beim Menschen je nach der Höhe des Rückenmarks, dem Lebensalter und wahrscheinlich auch in Folge früherer Krankheiten. Auch wenn das Mark Sitz von Läsionen ist, welche mit dem Centralcanale nichts zu thun haben (Tabes, secundäre Sclerosen etc.), zeigen die Wandungen des Canals in verschiedenen Höhen sehr ausgesprochene Veränderungen. Solche finden sich allerdings auch in angeblich gesunden Rückenmarken, doch ungleich viel seltener und weniger ausgeprägt. Das Epithel, welches den Centralcanal auskleidet, lässt sich im Hals- und oberen Brusttheile des Markes am leichtesten studiren. Es besitzt keine Basalmembran und liegt auf der Neuroglia. Sehr häufig und zwar besonders im Lendenmark trifft man die Lichtung des Centralcanals durch eine

Ansammlung cubischer Zellen reducirt. Die Elemente sind regellos auf einander geschichtet und da und dort gewahrt man in der Anhäufung kleine runde Lacunen, welche völlig mit den in canaliculisirten Epitheliomen vorkommenden identisch sind. Durch die Zellenwucherung kann die Höhlung des Centralcanals ganz ausgefüllt oder in zwei Hälften getheilt werden, welche Verdoppelung mit der congenitalen nichts gemein hat. B. weist auf das Vorkommen schlauchartig gruppirter Zellenwucherungen in der Nachbarschaft des Centralcanals hin, welche von der unteren Lage der Epithelschicht ihren Ausgang nehmen und hält es für möglich, dass das Epithel des Centralcanales beim Erwachsenen sich erneuert und dass die neu sich bildenden Elemente in der tiefen Lage der Epithelschicht sich finden. Diese Ersatzzellen sind wahrscheinlich der Ausgangspunkt der erwähnten pathologischen Wucherungen. Das Studium einer grossen Anzahl von Schnitten hat dem Verfasser keinen Zweifel darüber gelassen, dass die Ependymzellen sich in die Neuroglia implantiren und dass sie in Wirklichkeit Elemente der Neuroglia selbst sind und zwar die wichtigsten von allen. Sie senden Fortsätze in das unterliegende Neurogliagewebe, welche sich sehr weit erstrecken und an der Bildung des Neurogliafasergewebes Theil nehmen, dessen Ursprung in den Zellen dieser selbst zu suchen ist. Die Aehnlichkeit zwischen den tieferen Neurogliazellen (Spinnenzellen) und den Epithelelementen des Centralcanales ist nicht zu verkennen. Die einzigen Unterschiede bestehen in der cylindrischen Form der Elemente der eigentlichen Epithellage und in der lebhafteren Färbung ihrer Kerne und Fortsätze. Der Autor betont noch, dass seine Befunde mit den neueren Beobachtungen von His, Ramon, Lenhossek u. A. betreffs der Neuroglia sehr wohl harmoniren.

Der Arbeit ist eine grössere Anzahl trefflicher Abbildungen beigegeben.

L. Löwenfeld.

---

229) **Sommer:** Die mechanischen Folgen eines tumor cerebri.

(Jahrbücher für Psychiatrie, Band XII, H. 1 u. 2.)

Am 3. Tage nach der Entfernung einer Geschwulst, die an der Convexität des linken Schläfenlappens sass, verschied plötzlich der Kranke, ohne dass sich eine Todesursache nachweisen liess. Der Verf. vermuthet, dass die sofortige Abtragung einer langsam wachsenden comprimirenden Masse eine Veränderung der Circulationsverhältnisse im Gehirne bedingte und dadurch den unglücklichen Ausgang herbeiführte. Für die Praxis ergiebt sich daraus die wichtige Frage, ob nicht in den Fällen, in welchen bei der Eröffnung des Schädels die Geschwulst in gewünschter Weise sich vorfindet, es besser wäre, dieselbe successive, etwa in einigen Tagen abzutragen, um dem Gehirn Zeit zu lassen, sich an die veränderten Kreislaufsbedingungen anzupassen.

Behr.

---

230) **E. Redlich:** Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie der Paralysis agitans und deren Beziehungen zu gewissen Nervenkrankheiten des Greisenalters.

(Jahrb. f. Psych., Bd. XII, H. 3.)

Die Anschauung, die Paralysis agitans sei eine Neurose ohne anatomischen Befund, lasse sich nicht mehr aufrecht halten. Im Gegentheile, es

finden sich im Nervensysteme constant eine Reihe von Veränderungen, die unzweifelhaft mit dieser Krankheit im Zusammenhange stehen. Soweit die heutigen Kenntnisse reichen, scheint das Rückenmark dasjenige Organ zu sein, welches am meisten Veränderungen aufweist. Man beobachtet in den Hinter- und in den Seitensträngen eine inselförmige Sclerose, die ihren Ausgang von den Gefässen nimmt und als perivasculäre Sclerose zu bezeichnen ist. Die Gefässe erscheinen stark verengt, die Intima derselben ist leicht gewuchert, die Schicht, die der media entspricht, stark verdickt. Nach aussen findet man eine breite körnige Schicht, welche die adventia darstellt. Von dieser äusseren Schicht schreitet meistens der Process weiter und führt zu einer Verdichtung des Stützgewebes im umliegenden Nervenparenchym. Die Nervenfasern selbst sind an den leicht afficirten Stellen unverändert, an stärker betroffenen Partien gewinnt es den Anschein, als würden die Nervenfasern von dem gewucherten Zwischengewebe erdrückt. Diese Affection findet sich sowohl bei den kleineren Gefässen als auch bei den grösseren, z. B. bei der Art. foss. post. Weiter beobachtet man eine deutliche Verbreiterung der Rindenschichten, die das Rückenmark einhüllen, besonders über den hinteren Abschnitten des Seitenstranges und Differenzen in der Intensität der beschriebenen Gefässveränderungen. Die Hinterstrangaffection ist am stärksten ausgebildet im Lendenmarke, während die Seitenstrangaffection das Halsmark bevorzugt. Die Ganglienzellen des Vorderhornes und der Clarke'schen Säulen zeigen in allen Fällen eine beträchtliche Pigmentirung, der Centralcanal ist nahezu immer durch gewucherte Ependymzellen verschlossen und Amyloidkörper sind reichlich vorhanden. Die letztgenannten Veränderungen finden sich in gleicher Weise als Alterserscheinungen im Rückenmarke sonst gesunder Individuen, während die perivasculären Sclerosen als Altersveränderungen nicht beobachtet werden. Finden sich diese Gefässveränderungen im Rückenmarke alter Leute, so haben dieselben auch während ihres Lebens Symptome von Seiten des Nervensystems dargeboten. Das Prototype dieser Rückenmarkserkrankung alter Leute sei die Contracture tabétique (Démange), deren Hauptsymptom, die Contracturen, mit der Paralysis agitans übereinstimme. Was das Symptom des Tremor betrifft, so scheint dasselbe keine anatomische Begründung zu finden, sondern ist nur als Ausdruck der functionellen Schwäche anzusehen. Bei der Contracture tabétique fehlt der Tremor, obgleich der anatomische Befund mit der Paralysis agitans übereinstimmt, während das Rückenmark in Fällen von Tremor senilis keinen anatomischen Befund darbietet.

Behr.

---

231) **C. Mayer**: Beitrag zur Kenntniss der aufsteigenden Degeneration motorischer Hirnnerven beim Menschen.

(Jahrb. f. Psych, Bd. XII, H. 1 u. 2,)

An der Hand zweier pathologischer Befunde wird die Vermuthung ausgesprochen, dass die aufsteigende Degeneration der motorischen Hirnnerven nur eintrete, wenn der Nerv in seiner Totalität, beispielsweise durch eine Entzündung ergriffen sei, während eine einfache Querschnittläsion keine Degeneration bedinge. Im ersten Falle handelte es sich um einen Mann, der im Verlaufe einer Lungenphtise im Anschlusse an eine rechtsseitige Trommelfellperforation von einer vollständigen Facialislähmung befallen

wurde. Die Degeneration des Nerven erstreckte sich über den ganzen Verlauf des nerv. facial. bis in die feinsten Verästelungen des Kerninneren. Im 2. Falle entstammte das Präp. einer luëtischen Frau, die an einer zunehmenden totalen Lähmung aller Aeste des linken nervus oculomotorius gelitten hatte. Das extramedulläre Stück des Nerven war in eine schwielige Neubildung eingebettet und an seinem freien Ende völlig degenerirt, während das intramedulläre Stück diesen Befund nicht aufwies. Die Thatsache, dass bei Compression der cauda equina beim Menschen eine Degeneration der intramedullären vorderen Wurzeln gefunden wurde (Redlich), sowie die Resultate des Thierexperimentes sind obigen Angaben so widersprechend, dass diese Frage nur durch weitere Beobachtungen und Experimente entschieden werden kann. Behr.

---

3. Diagnostik und Untersuchungsmethoden.

232) **D. Axenfeld** (Perugia): Eine einfache Methode, Hemianopsie zu constatiren.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 12.)

Die Thatsachen, auf welche die Methode sich stützt, beobachtete A. bei einem Individuum, welches eine grosse Hirnwunde in der Gegend der linken oberen Occipitalwindung davongetragen hatte und nach einem Zustand von Aufregung, Hemiparese und Aphasie eine rechtsseitige laterale Hemianopsie mit Dyschromatopsie für Gelb und Blau und eine leichte Parese des rechten Rect. ext. und des linken Rect int. zeigte.

Wenn dem Kranken ein schmaler Papierstreifen von ca. 6 cm Länge gegeben wurde mit der Aufforderung, denselben zu halbiren, so machte er bei einäugigem Sehen Fehler, wie der normale Mensch (mit dem rechten Auge die äussere, mit dem linken die innere Hälfte zu klein), die aber bedeutend grösser war (0,1) als bei normalen Menschen (0,06), beim Offenbleiben beider Augen waren die Fehler noch viel grösser (0,15).

A. zieht daraus folgende auch für Entlarvung von Simulanten wichtige Regel:

> Wenn ein Individuum bei dem Versuche, eine horizontale Linie zu halbiren, mit jedem Auge immer denselben Fehler begeht, indem es dieselbe Hälfte zu klein macht und wenn es denselben Fehler in noch höherem Maasse begeht beim Offenbleiben beider Augen, so handelt es sich um homonyme laterale Hemianopsie, welche gleichseitig ist mit der kleineren Hälfte der halbirten Linie.

Hoppe.

---

233) **Nicolas Savelieff** (Assistent an der Universitätsklinik zu Warschau): Untersuchung des Geruchsinns zu klinischen Zwecken.

(Neurol. Centralbl. 1893, Nr. 10.)

S. beschreibt nach einer ziemlich ausführlichen Kritik der bisherigen Methoden zur Prüfung des Geruchs, welche er alle für nicht ausreichend oder zu complicirt hält, einen neuen einfachen Riechapparat, welcher im Original abgebildet ist. Derselbe besteht aus einer Verbindung zweier Wulf'schen Flaschen (mit je 2 durch durchbohrte Korken verschlossenen Hälsen) vermittelst eines an den Enden rechtwinklig gebogenen Glasrohres, welches mit diesen beiden Enden durch den Korkverschluss der einander

zugekehrten Hälse der Flaschen hindurchgeht. Durch den weiten Hals der einen Flasche, welche die riechende Flüssigkeit aufnimmt, führt ein Glasrohr bis zum Boden, während der zweite Hals der andern Flasche einen dichotomisch verzweigten hohlen Glascylinder aufnimmt, dessen hohle in zwei olivenförmige Enden auslaufende Zweige zum Einführen in die äusseren Nasenöffnungen bestimmt sind.

In die erste Flasche wird eine Mischung aus einer genau abgewogenen Menge ätherischen Oels und einer ebenso genau bestimmten Wassermenge gegossen (wobei das Niveau niedriger stehen muss als das Ende der rechtwinklig gebogenen Glasröhre). Will man die Abhängigkeit der Geruchsschärfe von der verminderten Absonderung der Nase prüfen, so wird in die rechtwinklig gebogene Verbindung der beiden Flaschen ein U-förmiges Glasrohr eingeschaltet, das mit einem hygroscopischen Stoffe gefüllt ist. Uebrigens vermied S. den Geruchssinn in einer Sitzung mit mehreren Riechkörpern zu prüfen, weil manche Riechkörper den Geruchsinn auf längere oder kürzere Zeit betäuben.

Mit dem beschriebenen Apparat hat S., indem er die riechende Flüssigkeit durch genau bestimmte Zusätze von Wasser nach und nach abschwächte, die Wahrnehmungsminima für eine grosse Menge von Riechsubstanzen an gesunden Personen festgestellt. — Während die Grenze bei Asa foetida schon bei 1 : 200,000 lag, trat sie bei Ol. juniperi und Ol. menthæ erst bei 1 : 64,000,000 ein. Hoppe.

---

234) **Le Filliatre:** Nouvelle méthode graphique permettant d'enregistrer tous les tremblements; en particulier le tremblement de la langue et de certains muscles comme l'orbiculaire des lèvres.
(Arch. de Neurol. XXVIII, 91.)

F. giebt die Beschreibung eines von ihm construirten Apparates, der im Stande sein soll, genauer als bisher die verschiedensten Tremor-Arten selbst an der Zunge oder dem Orbicularis oris graphisch zu fixiren. Der Apparat besteht im Wesentlichen aus zwei tambours enrégistreurs nach Marey; auf den ersten werden die Zitterbewegungen mittelst eines Pferdehaares übertragen, das durch eine Art kleinen Hakens direct an dem zu untersuchenden Muskel befestigt wird. Durch einen Gummischlauch werden dann die im ersten Tambour entstandenen Luftwellen auf den zweiten Tambour und von diesem mittelst eines Schreibhebels auf eine rotirende Trommel übertragen. Das Pferdehaar wird über eine Rolle geleitet und durch diese, die verschieden verstellt werden kann, stets in constanter, bestimmter Spannung erhalten. Eine Zeichnung veranschaulicht die Anwendung dieses Apparats, der hier nur in groben Umrissen skizzirt werden konnte und von dessen Leistungsfähigkeit mehrere sauber ausgeführte und in der Arbeit gut wiedergegebene Curven Zeugniss ablegen.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

235) **Salomonson Wertheim** (Haag): Een nog niet beschreven symptoom van de ontaardings reactie. (Neues Symptom der Entartungs-Reaction).
(Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1895. Nr. 6.)

W. bezeichnet als ein in den meisten Fällen von completer Entartungsreaction nachweisbares Symptom die Verschiebung des motorischen

Punkts. Die Verschiebung betrug für die m. Punkte des musc. frontalis und des zygomaticus etwa 1 cm; am tibialis anticus betrug die Verschiebung in der Richtung der Peripherie 15 cm! Die von W. gegebene Erklärung läuft im Wesentlichen darauf hinaus, dass bei completer Entartung die Reizung vom Nerven und damit vom m. P. aus fortfällt, und nur die wirklich directe Muskelreizung übrig bleibt. Kurella.

---

236) **Higier**: Hysterie als Simulation und Combination der Tabes dorsalis, zugleich als Beitrag zur Differentialdiagnose der motorischen Reiz- und Lähmungserscheinungen bei Tabes, Hysterie und den sogenannten Motilitätsneurosen.

(Wien. klin. Wochenschr. 1895, 1, 2, 3, 5.)

Nach einer eingehenden Besprechung der differentialdiagnostischen Merkmale zwischen Hysterie und Tabes, sowie der Pathogenese hysterischer Simulation und hystero-tabetischer Combination bespricht Verf. 2 interessante Fälle seiner Beobachtung: 1. Eine hysterische Pseudotabes. Folgende Symptome, die eine Tabes vortäuschen konnten, wurden bei einem 15jährigen Mädchen constatirt: allmählicher Verlust der Geh- und Stehfähigkeit, Fehlen der Patellarreflexe, Ataxie, Romberg'sches Zeichen, neuralgiforme Kreuz- und Beinschmerzen, Gürtelgefühl, Herabsetzung der Sensibilität, Verspätung der Schmerzperception, Verlust des Muskelsinnes, Parästhesien, Blasen- und Mastdarmretention. Die Diagnose Hysterie konnte erst gestellt werden, nachdem eine concentrische Gesichtsfeldeinschränkung und beiderseitige Ovarie constatirt wurde; sowie durch den Verlauf des Leidens: nach dreimonatlicher Dauer trat eine Besserung und schliesslich eine Heilung bis auf die Intercostalschmerzen, Ovarie und Fehlen der Patellarreflexe ein. Eine weitere Bestätigung erhielt die Diagnose durch die Antecedentien der Kranken, die schon ein Jahr vorher einen ähnlichen 9 Wochen dauernden Zustand gehabt hatte.

2. Fall. Hysterotabetismus: 47 Jahre alter Pferdehändler. Sowohl Aetiologie als Krankeitsverlauf und Symptome lassen keinen Zweifel an der Diagnose Tabes. Der Kranke wurde mit Suspension behandelt, gegen die er eine grosse Abneigung hatte und die nach seiner Meinung eine Verschlimmerung seines Leidens herbeiführte. Am 6. Tage nach Beginn der Suspensivbehandlung stellten sich auffallende Bewegungsstörungen in den Beinen ein. Die Oberschenkel wurden stark hin und her bewegt, abwechselnd flectirt und extendirt; diese Bewegungen, die durch Willensanstrengung nicht zu hemmen waren und nur im Schlafe cessirten, werden als choreiforme bezeichnet. Dieselben nahmen zu, ergriffen auch die oberen Extremitäten. Es traten Zuckungen in der Muskulatur der Schultern, des Kopfes und Halses ein; der Kranke wird hin und hergeschleudert, fällt aus dem Bette, Nächte werden schlaflos. Retentio urinæ, Anorexie, Analgesie am ganzen Körper, unwillkürliches Pfeifen, Schreien, Bellen u. dergl. Gesichtsfeld stark eingeschränkt, Sprache stotternd. Schliesslich stösst Pat. unwillkürliche Worte und Sätze aus: Onomatomanie, Coprolalie etc. Die Diagnose lautete Tabes und Hysterie mit somatischen und psychischen Tics bei einer prädisponirten Person. Nachträglich erfuhr erst Verf., dass Pat. schon vor der tabetischen Erkrankung gewisse Anomalien (Zwangsvor-

stellungen, unmotivirte Angst, tentamen sucidii) gezeigt hatte. Er erklärt jedoch den Pat. für hereditär intact, die Prädisposition sei geschaffen durch die starke Gemüthsalteration in Folge überstandener Lues. — Interessante differentialdiagnostische und zahlreiche kritische Bemerkungen des Verf. eignen sich nicht für eine kurze Wiedergabe.

Lehmann (Werneck).

---

287) **R. Wichmann** (Brandenburg): Ein Fall von Hysterie mit trophischen Störungen, Syringomyelie vortäuschend.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 12.)

A. Soucques hat in einer Pariser These an mehreren Fällen gezeigt, dass die Hysterie bisweilen unter dem Bilde der Syringomyelie verlaufen kann. W. berichtet einen ähnlichen Fall, welcher eine 27jährige Arbeiterin betrifft. Dieselbe ist anscheinend hereditär belastet (eine ältere Schwester Epileptica) und litt früher an Bleichsucht. 1890 begann die Krankheit mit Taub- und Blauwerden der Hände und Finger, welche sie nicht mehr gerade strecken konnte, und Schrunden an den Fingergelenken, welche eiterten, zu Panaritien und phlegmonösen Entzündungen führten und eine Reihe von Amputationen an den Fingern erst der linken, dann der rechten Hand nothwendig machten. Daneben bestanden längere Zeit schwer heilende eiternde Geschwüre am linken Oberarm und auf dem rechten Handrücken. Nach einem Schwindelanfall Schwäche im rechten Arm. Anfang November 1892 begann das rechte Knie zu schwellen und zu schmerzen. Seit jener Zeit hinkt sie auf dem rechten Bein.

Stat. präs. 22. Nov. 1892: Schlaffe Parese des rechten Arms und rechten Beins. Electrische Reaction und Muskelsinn erhalten. Patellarreflexe beiderseits verstärkt, etwas Fussclonus. An Triceps, Biceps und den Vorderarmmuskeln beiderseits fehlen die Sehnenreflexe, ebenso fehlt der Pharynxreflex, Bauchreflex fehlt rechts, der Hautreflex fehlt an Brust und Rücken. Die ganze rechte Körperhälfte mit Ausschluss des rechten Fusses ist hypästhetisch, auf der linken Seite Hand und Vorderarm bis zur Mitte des Oberarms; in diesem ganzen Gebiete besteht Analgesie, Thermanästhesie und Electroanästhesie. In der Mitte des Hinterhaupts ein markstückgrosser spontan schmerzhafter und hyperästhetischer Fleck. Hyperästhesie des linken Ovariums. Gesichtsfelder beide eingeschränkt, das rechte mehr. Die Erregbarkeit der rechtsseitigen Sinnesorgane herabgesetzt.

Zum Bilde der Syringomyelie, für welche besonders die trophischen und die so characteristischen dissociirten Sensibilitätsstörungen zu sprechen scheinen, fehlen die Muskelatrophie, die fibrillären Zuckungen, Pupillendifferenz, Nystagmus, Arthropathien und Parästhesien. Unter das Krankheitsbild der Syringomyelie lässt sich ferner die eigenthümliche Vertheilung der dissociirten Sensibilitätsstörung nicht unterbringen, während eine solche bei Hysterie vorkommen kann. Für Hysterie spricht ferner die Betheiligung der Sinne an der Hypästhesie, das hyperästhetische Gebiet am Hinterhaupt und am linken Ovarium und die nervöse Belastung. Die schlaffe Parese auf derselben Seite wie die Hemianästhesie spricht einerseits gegen die Annahme einer spinalen Hemiparese, während andererseits ihre Entstehung nach einem Schwindelanfall auf den hysterischen Ursprung hinweist. In

der Hypnose schwand dieselbe übrigens. Auch gelang es in der Hypnose, die Gefühlsstörungen zu beeinflussen. Das eigenthümliche Verhalten der Sehnenreflexe, der Fussclonus ist auch mit der Hysterie vereinbar. Was schliesslich die trophischen Störungen betrifft, so sind solche bei der Hysterie, wie zahlreiche Beobachtungen zeigen, gar nichts Ungewöhnliches. Die mit Knochennecrose und Sehnenscheidenentzündungen einhergehenden Panaritien gehören allerdings nicht zum Krankheitsbilde, sondern sind secundärer Natur.

Die späteren Beobachtungen (einer $2^1/_2$tägigen Urinretention, die in der Hypnose zurückging), und von Blasenbildung an den Fingerstumpfen der rechten Hand mit beginnender Phlegmone waren lediglich geeignet, die Diagnose der Hysterie zu bestätigen. Hoppe.

---

4) Specielle Pathologie.

a) Gehirn.

238) **Ledderhose** (Strassburg): Ein Fall von collateraler Lähmung bei subduralem Bluterguss. — Vortrag auf dem deutschen Chirurgencongress 20. III. 1895.

(Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr 18.)

Ein 38jähriger Arbeiter zeigte nach einer schweren Misshandlung Kopfschmerzen, Apathie, allgemeine Schwäche, Hirndruckerscheinungen, bis am 12. Tage unter Sopor eine Lähmung der ganzen rechten Körperhälfte erfolgte. Bei der Trepanation an der linken Schädelhöhle wurde das Schädelinnere intact gefunden. Nach dem Exitus ergab die Section einen grossen Bluterguss an der Basis wie auf der vorderen und mittleren Partie der rechten Hemisphäre, also eine intradurale Blutung auf der Seite der Lähmung.

M. macht darauf aufmerksam, dass schon 1845 von W. Hasse 56 Fälle collateraler Blutung zusammengestellt worden sind, wozu in neuerer Zeit noch 13 Fälle hinzugekommen sind, so dass man bei den verschiedensten Hirnleiden gelegentlich eine gleichseitige Lähmung erwarten kann. Zu erklären wäre dies durch die Flechsig'sche Annahme, wonach die Kreuzung der Pyramidenfasern sich verschieden gestalten oder ganz ausfallen kann.

Hoppe.

---

239) Prof. **W. v. Bechterew**: Ueber den Einfluss der traumatischen Entzündung der Hirnrinde auf die Erregbarkeit derselben.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 1.)

B. hatte bereits früher gefunden, dass einige Tage nach der Zerstörung der Rindencentren, bei denen vorher das Reizminimum zur Auslösung einer Muskelcontraction und dasjenige zur Auslösung eines epileptischen Anfalls bestimmt war, die Erregbarkeit der Hirnrinde in der Nachbarschaft der zerstörten Stelle schroff gesteigert war, manchmal derartig, dass ein einfacher mechanischer Reiz genügte, um krankhafte Contractionen in den entsprechenden Gliedern hervorzurufen, ferner dass nach der völligen Entfernung der erregbaren Rindenpartien in der Umgebung der Wunde mit der Zeit gleichsam eine Neubildung der entfernten Centra stattfindet. Untersuchungen, welche nunmehr zum genaueren Studium dieser

Erscheinungen Dr. N. Schukow in B.'s Laboratorium angestellt hat, haben folgende Resultate ergeben:

1. Die Latenzperiode der Erregbarkeit der Hirnrinde wird bei der traumatischen Entzündung bedeutend abgekürzt;
2. auf die gesteigerte, durch die traumatische Entzündung bedingte Erregbarkeit der Hirnrinde übt die operative Zerstörung der entsprechenden Centra der contralateralen Hemisphäre einen deprimirenden Einfluss aus;
3. die unter dem Einfluss der Entzündung neugebildeten motorischen Centra können nach ihrer Entfernung sich wieder in den benachbarten Hirnrindenregionen, ja sogar im Gebiet eines anderen Centrums bilden.

Hoppe.

240) **G. Rossolimo** (Moskau): Cerebrale Amyotaxie. Verschiedene Arten von Krämpfen cerebralen Ursprungs auf degenerativer Basis.

(Neurol. Centralblatt 1894, Nr. 24.)

Die eingehenden Besprechungen des Verf. knüpfen an einen ausserordentlich sorgfältig studirten Fall. Derselbe betrifft einen hereditär schwer belasteten 33jährigen jungen Mann, welcher seit seiner Kindheit deutliche Zeichen körperlicher Entartung und Zwangsvorstellungen aufwies. Im 7. Lebensjahre entwickelte sich aus psychischen Motiven (Furchtsamkeit bei rigoroser Erziehung) eine Art Stottern mit Betheiligung der Athem- und Kehlkopfmuskeln, sowie der Muskeln der Lippen, der Zunge und des Gaumens. Vor 3 Jahren trat nun in Folge einiger Ermüdung der rechten Hand durch Schreiben ein anderer eigenthümlicher motorischer Symptomencomplex auf. Derselbe begann mit unangenehmen Empfindungen (Schwere, Ermüdung) in dieser, welche später auch auf andere Extremitäten und den Rumpf übergingen und von unfreiwilligen Muskelcontractionen begleitet waren, die sich im rechten Arm bis zu einer tonischen Muskelspannung steigerten. Daneben fibrilläre und fasciculäre Zuckungen. Ruhe tritt nur in der Nacht ein; bei Tage kann der Kranke die Zuckungen unterdrücken, wenn er seine ganze Aufmerksamkeit auf eine thatsächliche oder intendirte kleine Bewegung mit der rechten Hand (z. B. Schreiben) concentrirt, während durch Ablenkung der Aufmerksamkeit auf etwas fernliegendes die Krämpfe ihren höchsten Grad erreichen. Da dieser Zustand höchst quälend und mit Schmerzen an den Ansatzstellen der Sehnen verbunden ist, so verbringt der Kranke seine ganze Zeit damit, auf seinen Arm zu achten. Der rechte gespannt in den Gelenken flectirte Arm befindet sich in fast ununterbrochener mehr oder weniger stossweiser Bewegung, als ob er mit sich selbst kämpfte." Auch die übrigen Extremitäten zeigen häufig unregelmässige choreoide Bewegungen, die halb reflectorisch, halb willkürlich ausgeführt werden. Der Versuch, die Bewegungen gewaltsam zu unterdrücken, verstärkt dieselben nur. Die rechte Hand kann aber, wenn sie durch Muskelkrämpfe in der Ausführung einer Bewegung behindert ist, dieselbe sofort zu Stande bringen, sobald die linke Hand dieselbe Bewegung ausführt. — Die Hyperactivität des rechten Arms hat zur Muskelhypertrophie geführt.

Das Stottern setzt R. in eine Reihe mit den eben geschilderten motorischen Störungen. Für die nahe Verwandtschaft beider Symptomengruppen spricht, dass sie durch äussere Einwirkungen in ähnlicher Weise

beeinflusst werden. Starke Affecte erleichtern sowohl das Sprechen als auch die willkürlichen Bewegungen, während schwache Erregungen beides verschlechtern; heisse Compressen und Strychnin bewirken Verschlimmerung des Stotterns und der Krämpfe, kalte Compressen, Chloralhydrat und Phenacetin Besserung dieser motorischen Affectionen; übrigens erinnert das durch die Krampfbewegungen verursachte Stolpern beim Schreiben an das Stottern beim Sprechen.

Wenn auch die im ersten Falle geschilderten Krampferscheinungen Aehnlichkeit mit der Athetose, mit den Krampferscheinungen beim Stottern und beim Schreibkrampf, mit der Maladie des tics, sowie mit anderen Krampfformen hatten, die sich durch die Neigung zu tonischer Muskelspannung characterisiren, so gehört sie doch keinem dieser Krankheitsbilder an. Sie repräsentirt vielmehr durch die Vereinigung von Erscheinungen, die verschiedenen Krankheitsformen angehören, den gemeinschaftlichen Vertreter einer Gruppe von Krampfkrankheiten, deren Characteristicum in der erhöhten Erregbarkeit des gesammten motorischen Apparates liegt, wobei die erleichterte, vielleicht auch veränderte Uebertragung von centripetalen Impulsen Seitens der Haut, des Muskelgefühls oder der psychischen Sphäre auf den motorischen Apparat eine hervorragende Rolle zu spielen scheint.

Der Name „cerebrale Amyotaxie" für diese Gruppe von Bewegungsstörungen ist nach Analogie der amyotactischen Erscheinungen peripheren und cerebro-spinalen Ursprungs gewählt. Die Zwangsvorstellungen sieht R für das analoge und nahe verwandte psychische Symptom an.

Hoppe.

---

241) **Edgren:** Amusie (musikalische Aphasie).

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 6. Bd., 1, H.)

In einem grösseren, interessant geschriebenen Aufsatze legt E. seine Beobachtungen und seine und anderer Autoren (Ballet, Knoblauch, Wallascheck, Oppenheim, v. Frankl-Hochwart, Blocq, Brazier u. A.) Ansichten über das Wesen der Amusie und ihre Beziehungen zur Aphasie, Alexie, Agraphie in ausführlicher Weise dar. Bei der klinischen Diagnose der musikalischen Störungen folgt er der Terminologie von Brazier und Blocq und wendet das Wort Amusie als dem generellen Begriff analog mit Aphasie an. Die sensorischen Formen nennt er also in Analogie mit Wortblindheit und Worttaubheit Notenblindheit und Tontaubheit; die motorischen Formen bezeichnet er mit vocaler motorischer Amusie, Unvermögen zu singen, instrumentaler motorischer Amusie, Unvermögen, ein Instrument zu spielen, und mit musikalischer Agraphie. Die den amnestischen Aphasieformen analogen Amusieformen bezeichnet er mit dem Adjectiv unvollständig.

Die grosse Zahl der von ihm zusammengestellten Fälle theilt er in 3 Gruppen ein:

1. Fälle von Aphasie ohne Amusie;
2. Fälle von Aphasie, mit Amusie complicirt;
3 Fälle von Amusie ohne Aphasie.

Nach den klinischen Beobachtungen und den Ergebnissen der vorhandenen Obductionsbefunde kommt er zu folgenden 6 Sätzen:

1. Durch pathologische Processe der einen oder der anderen Art kann das musikalische Vermögen ebenso wie das Sprachvermögen ganz oder theilweise vernichtet und in letzterem Falle in seine verschiedenen Componenten aufgelöst werden, wodurch besondere Formen von Amusie entstehen.
2. Die verschiedenen Amusieformen besitzen einen gewissen Grad klinischer Selbstständigkeit, sowohl in ihrem Verhältniss zu einander, wie auch in ihrem Verhältniss zur Aphasie.
3. Die klinischen Amusieformen scheinen den klinischen Aphasieformen analog zu sein und sind oft, aber nicht nothwendig, von den analogen Aphasieformen begleitet.
4. Amusie kann ohne Aphasie und Aphasie ohne Amusie vorhanden sein.
5. Es ist wahrscheinlich, dass die besonderen klinischen Amusieformen, wenigstens gewisse von ihnen, auch eine anatomische Selbstständigkeit besitzen; dass sie in der Nähe der Stellen localisirt sein können, wo man die analogen Aphasieformen als localisirt ansieht, jedoch nicht an mit diesen identischen Stellen.
6. Für eine besondere Form von Amusie, nämlich für die Tontaubheit, scheint die Localisation in der ersten oder der ersten und zweiten Windung des linken Temporallappens vor der Stelle, deren Verletzung Worttaubheit hervorruft, in hohem Grade wahrscheinlich zu sein.

Betreffs der genaueren Details der Krankengeschichten muss auf die Arbeit selbst verwiesen werden. Dauber-Würzburg.

---

242) **Vialet:** Considération sur le centre visuel cortical à propos de deux nouveaux cas d'hémianopsie suivis d'autopsie.

In beiden Fällen war eine gleichseitige linksseitige Hemianopsie vorhanden und war ein apoplectischer Insult vorausgegangen. In dem einen Fall fand sich ein Erweichungsherd am Lobulus lingualis et fusiformis, in dem anderen am Cuneus und Lobulus lingualis. Es findet durch diese Fälle die Ansicht V.'s eine neue Stütze, dass das Rindencentrum zu localisiren ist an die innere Seite des Occipitallappens und zwar an die drei Windungen: Cuneus, Lobulus fusiformis und lingualis. Bach.

---

243) **Mouisset:** Hémianopsie d'origine corticale par ramollissement embolique.
(Lyon médicale 1895, Nr. 2.)

69jährige Frau, die wegen Circulationsstörungen in Folge einer Mitralinsufficirung ins Spital aufgenommen war, bekam während ihres Aufenthaltes eine linksseitige Hemiplegie mit sehr deutlichen Sehstörungen. Es wurde eine linksseitige laterale Hemianopsie mit Erhaltenbleiben der Macula, aber fehlender Pupillenreaction nach Wernicke festgestellt. — Die Diagnose wurde auf Erweichung in Folge von Embolie gestellt, als Sitz der Läsion die Rinde angenommen. Da nun Sehstörungen und Hemiplegie zu gleicher Zeit bestanden, so konnte es sich nur entweder um einen ausgebreiteten Herd, der gleichzeitig die motorischen Zonen und den Occipitallappen ergriffen hatte, oder um multiple Herde handeln. Die Obduction bestätigte die zweite Annahme.

Die Untersuchung der Hemisphären ergab nämlich: 1. Eine subcorticale Erweichung in Höhe der Frontal- und Pediculo-Frontalabschnitte; 2. eine Erweichung, die an der inneren Fläche des Hinterhauptlappens sass. Genauer gesagt, dieselbe nahm die vordere Partie der fissura calcarina ein. An dieser Stelle zeigte sich die Rindensubstanz vollständig zerstört; der Cuneus schien an der Oberfläche intact zu sein, aber beim Einführen einer cannelirten Sonde in die sichtlich erweichte Partie konnte man in eine Art von Höhle eindringen, die den grössten Theil der Erweichung einnahm und in die weisse Substanz des Zwickels führte. Darüber bildete die graue Substanz dieses Lappens die Höhlenwand, derart, dass in dem grössten Theil ihrer Ausbreitung die Erweichung subcortical war.

Das corticale Sehcentrum liegt bekanntlich im Bereiche der fissura calcarina. Die meisten Autoren geben diesem Centrum eine variable Ausdehnung, die den Cuneus, den lobulus lingualis und fusiformis, die Occipitallappenspitze umfassen kann. Henschen begrenzt dasselbe genau in der fissura calcarina. Brissaud constatirte einmal Hemianopsie in Folge einer Erweichung zwischen lobulus lingualis und fusiformis. Unter den Läsionen der inneren Fläche des Occipitallappens bei corticaler Hemianopsie oder Blindheit sind die des Cuneus als häufig (Exner, Séguin, Bouveret, Chauffard, Déjerine, Vialet, Monakow) angegeben. Der vorliegende Fall gehört hierzu.

Buschan.

---

244) **Chas. E. Nammack** (New-York): Syphiloma of optic chiasm producing bilateral temporal hemianopsia.

(The Med. Rec., 9. Febr. 1895.)

Ein 34jähriger Mann erlitt schon 6 Wochen nach dem Beginn eines Schankers trotz andauernder specifischer Behandlung eine rechtsseitige Hemiplegie, die ihn 3 Monate lang ans Bett fesselte. Er wurde dann fast 4 Jahre lang abwechselnd mit Quecksilber und Jod behandelt, bekam aber nichtsdestoweniger einige Wochen nach Aufhören dieser Behandlung Kopfschmerz und bilaterale temporale Hemianopsie. Die Diagnose wurde auf Grund der perimetrischen Messungen und weil Augenmuskellähmungen fehlten, auf eine mehr infiltrirende als comprimirende Geschwulst in der Substanz des Chiasma gestellt, die nur die Function der mittleren Chiasmafasern aufhob. Durch combinirte Quecksilber-Jod-Behandlung verschwand die Hemianopsie ziemlich schnell, dagegen blieben die gleichzeitig vorhandenen syphilitischen Zungenfissuren bestehen.

Voigt (Oeynhausen).

---

245) **G. A. Herter** (New-York): Note of a case of softening of the right angular gyrus, with leftsided ptosis.

(Journ of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 1.)

Ins City-Hospital wurde ein etwa 60jähriger Mann im stuporösen Zustande mit folgenden Erscheinungen gebracht: Anzeichen von Lungentuberculose, Cystitis, Herzschwäche, unzählbarer Puls. Schlaffe Lähmung der rechten Seite, das Gesicht anscheinend ausgenommen. Linke Seite schien intact zu sein, hier nur nicht ganz vollständige Ptosis. Linke Pupille leicht erweitert, reagirte weniger gut auf Licht als rechte. Patellarreflexe geschwunden. Temperatur während der $2^1/_2$ Tage Beobachtung zwischen $100-102^0$ F.

Diagnose wurde auf gekreuzte Hemiplegie in Folge von Erweich ng in der Pons (Atherom) oder tuberculärer Meningitis mit multiplen verkästen Herden gestellt.

Tod in Folge von eitriger Nephritis und Erschöpfung. Section: Lungentuberculose mit Kavernen, Pyelitis, eitrige Nephritis. — In der rechten Hemisphäre unterhalb der Interparietal-Spalte ein runder Erweichungsherd von 1 Zoll Durchmesser, der den Gyrus angularis einnahm. Graue und weisse Substanz war erweicht.

Die linksseitige Ptosis bezieht Verfasser auf die geschilderte Läsion. Für die rechtsseitige Hemiparese findet er keine genügende Erklärung, glaubt indessen, dass sie urämischen Ursprungs in Folge von Nierenerkrankung sein könnte. Buschan.

---

246) **W. Waddell:** Clinical notes on a case of tumour of the pituitary body. (Lancet 1893.)

W. stellte bei einem 39jährigen Patienten, welcher längere Zeit vorher schon Sehstörungen bemerkt hatte, eine partielle Hemianopsie fest; ausserdem war ein geringer Grad von Exophthalmus vorhanden. Die Pupillen waren gleich weit, reagirten prompt. Augenmuskelstörungen waren nicht vorhanden, auch der Fundus erwies sich vollkommen normal. Die Diagnose wurde auf eine von dem corpus pituitarium ausgehende Neubildung gestellt. In der Hemianopsie kam später noch eine Hemiplegie und eine Aphasie. Die Autopsie ergab einen 1 Zoll langen, $^3/_4$ Zoll breiten Tumor des Corpus pituitarium, anscheinend eine Hypertrophie der Substanz des corpus (glandula) pituitaria selbst. Bach.

---

b) Neurosen.

247) **George Herschell:** A case of nocturnal spasm of the larynx in an adult.

(The Lancet, 13. Mai 1893, p. 1129.)

Der seltene Fall ist folgender: Ein 56jähriger Schriftsteller hat vor 10 Jahren an Dyspnoe auf neurasthenischer Basis gelitten. Er erscheint jetzt ganz normal, Pupillen und Radialpulse sind gleich, Herz normal, keine abnormen Geräusche am Thorax. Normale Patellarreflexe, keine Incoordination. Vor 18 Monaten trat zum ersten Male Nachts der Larynxkrampf auf und stellte sich seit jener Zeit wöchentlich 2mal ein. Mitunter kamen auch 2 Anfälle in einer Nacht vor. Das dauerte 2 Monate; dann liessen die Anfälle an Häufigkeit nach und hörten ganz auf, so dass er für einige Monate frei war. Als er aber in seinen hygienischen Maassnahmen nachliess, hatte er am 30. März und 14. April 1893 wieder einen Anfall. Der letzte war der schwerste von allen, er verlor dabei beinahe das Bewusstsein. Ein typischer Anfall verläuft so: Wenn er gesund zu Bett gegangen ist, doch etwas später als gewöhnlich zu Abend gegessen und etwas viel geraucht hat, wacht er Nachts gegen 2 Uhr mit Erstickungsgefühl auf, das durch fast vollständigen Laryngospasmus bedingt wird, der sich vor der Inspiration einstellt. Der Krampf hält wenige Secunden an, löst sich allmählich und langsam dringt die Luft ein. Nach etwa 1 Minute hört der Krampf ganz auf; doch besteht eine unangenehme Nachempfindung im

Larynx auf 1—2 Stunden. Während des Anfalls besteht Herzklopfen und der Magen ist tympanitisch aufgetrieben. Stösst er auf, so schläft er wieder ein und hat dieselbe Nacht keinen Anfall weiter. Mitunter aber scheinen die Magenöffnungen auch spastisch geschlossen zu sein und das Gas kann aus ihm nicht nach oben und unten entweichen. In solchen Fällen fürchtet er sich, schlafen zu gehen und hat meist gegen Morgen noch einen Anfall. Gewöhnlich liegt er auf dem Rücken, wenn der Anfall eintritt. — Laryngismus stridulus ist beim Erwachsenen sehr selten. Bosworth (Amerika) berichtet in seiner Treatise on diseases of the nose and throat 1892 über mehrere Fälle und kommt zu dem Schluss: der Krampf bringe keine Lebensgefahr; er sei meist rein reflectorisch, könne durch Eintritt von Nahrung oder fremden Körpern in den Larynx entstehen; meist sei der Reflex Folge eines krankhaften Zustandes des Larynx oder der oberen Luftwege. In dem Fall von H. waren die Krämpfe sicher reflectorisch vom Magen ausgelöst durch Vorhandensein unverdauter Nahrung, wobei der Tabak wahrscheinlich den Larynx gereizt und prädisponibel gemacht hat. Aetiologisch muss man ferner denken an event. epileptiforme Natur, an eine Larynxcrise bei beginnender Tabes, an ein drückendes Aneurysma und daran, dass einfach Speichel in den Larynx geflossen sei.

Wichmann.

---

248) **Brissaud** et **Meige**: Torticollis mental.

(Revue neurologique 1894, Nr. 24.)

Als Torticollis mental beschreiben die Verfasser einen Fall von intermittirendem Halsmuskelkrampf, „welcher bei neuropatischen Individuen mit psychischen Störungen vergesellschaftet oder von solchen abhängig ist, bei Mangel jeder organischen Veränderung der Muskeln, Nerven und Centren“. Dieser Krampf hat eine grosse Tendenz, sich zu verallgemeinern. In den nachstehenden Fällen handelt es sich ebenfalls um die fragliche Affection.

1. M. M., ein israelitischer Geschäftsmann mit hereditärer neuropathischer Disposition, begann 1893 an vagen, nicht sehr erheblichen Schmerzen im rechten Arme zu leiden; dazu kam später eine schmerzhafte Taubheit an der linken Hals- und Nackenseite, welche auf den l. Arm überging. Ende 1892 fiel der Patient auf den Ellenbogen und die rechte Brustseite, was ihm schmerzhafte Contusionen verursachte; er erschrack beim Fallen heftig und die Vorstellung der Gefahr machte einen tiefen und nachhaltigen Eindruck auf ihn. Einen Monat nach dem Unfalle wurden die Schmerzen an der linken Hals- und Nackenseite heftiger und zugleich ein Gegenstand beständiger Befürchtungen. In dem Bemühen, eine Haltung zu finden, welche dieselben verminderte, drehte er den Kopf häufig nach rechts, was ihm eine vorübergehende Erleichterung verschaffte, und durch die fortwährende Wiederholung dieser Bewegungen kam er schliesslich dazu, dieselben auszuführen, ohne es wahrzunehmen. In dieser Weise entstand ein Tic, welcher alsbald lästiger wurde als der Schmerz selbst, welcher übrigens vollständig nach einer gewissen Zeit verschwand. Die Drehung des Kopfes nach rechts liess sich anfänglich durch Andrücken eines Fingers gegen das Kinn verhindern, doch alsbald erwies sich dieses Mittel als ungenügend, später erreichte er durch Halten des Kinnes mit beiden Händen nur einen vorübergehenden Erfolg. Um sein Leiden zu

verheimlichen, ersann der Patient im Laufe der Zeit eine Reihe von complicirten Gesten (Kratzen der Wange, des Ohres, der Nase etc.), welche sich jedoch in Folge ihrer häufigen Ausführungen in ebensoviele automatische Acte verwandelten. Die beständigen Bemühungen, das Leiden zu verbergen, trugen überdies zur Weiterausbreitung der Krampfbewegungen bei, und die Affection gestaltete sich allmählig zu einem Tic des Halses, Gesichtes, der Schulter und des Armes.

Der Kranke zeigt wenn er sich beobachtet weiss, weniger Bewegungen, aber er leidet dann unter dem Zwange, den er sich auferlegt, und dem Bewusstsein der Lächerlichkeit seiner Gesticulationen. Während des Schlafes cessirt der Tic.

Alle bisherigen Behandlungsversuche (Massage, Electrotherapie, Hydrotherapie) erzielten nur eine vorübergehende Besserung.

2. Frau X., 52 Jahre alt, von Jugend auf nervös und zur Zeit der Menopause in Folge vieler Sorgen verstimmt, sehr reizbar und von verschiedenen neurasthenischen Beschwerden, insbesonders einem wenig heftigen, aber andauernden Hinterhauptschmerz heimgesucht, welcher für sie den Gegenstand schwerer Sorge bildet. Sie nahm auch, insbesonders wenn sie den Kopf nach rückwärts drehte, ein leichtes Krachen im Nacken wahr, welches sie im höchsten Maasse aufregte. Alsbald wurde dasselbe zu einer wahren Zwangsvorstellung. Frau X. verbrachte ganze Abende damit zu, ihren Kopf vor- und rückwärts zu bewegen, um dem Krachen nachzuspüren. Die sitzende und stehende Position schien ihr allein erträglich, sie begab sich desshalb immer später zu Bette und erhob sich auch Nachts alle Augenblicke. Die anfangs willkürlich vorgenommene Beugung und Streckung des Kopfes wurde allmählig zu einer automatischen Bewegung, zu einem Tic, der sich seit Jahren erhalten hat, obwohl das Krachen längst verschwunden ist.

In dem 3. der mitgetheilten Fälle ist die Entwicklung des Tics etwas verschieden; der clonische Krampf begann hier am Arm und der Torticollis trat erst secundär hinzu.

Es handelt sich um einen 29jährigen Gesangskomiker, bei welchem sich eines Tages (Mitte des Jahres 1891) während eines Vortrages eine Vertaubung des linken Armes einstellte, welche ihn jedoch nicht hinderte, seinen Gesang zu beenden. Der Zustand erhielt sich mehrere Tage und alsbald traten spontan Zuckungen im Arme auf, welche sich nicht unterdrücken liessen und allmählig zunahmen, so dass der Patient seinen Beruf aufgeben musste. Nur während des Schlafes schwanden die Zuckungen. Eines Tages hatte der Patient die Idee, seinen Arm auf den Rücken zu legen, um seinen Tic zu verbergen, und er fand auch bei dieser Position des Armes Ruhe, doch kehrten die Krämpfe wieder, sowie er den Arm ausstreckte. Das Elend, in welches der Kranke gerieth, trug zur Steigerung seines Tics bei und October 1894 machte sich zum ersten Male ein Krampf in den Halsmuskeln bemerklich. Plötzlich drehte sich der Kopf nach rechts, das Gesicht nach oben gekehrt. Anfänglich war diese Bewegung selten, allmählig nahm sie an Häufigkeit zu und gegenwärtig hat der Kranke sehr grosse Schwierigkeit, geradeaus zu sehen; er muss schon seit einiger Zeit, um dies zu erreichen, sein Kinn mit der rechten Hand zurückschieben.

Einen Gegenstand mit der linken Hand zu fassen, ist ihm fast unmöglich. Wenn man ihn ohne Weiteres dazu auffordert, gelingt es ihm nur unter unsäglicher Mühe und den mannigfaltigsten Gesticulationen nach 10—20-maligen vergeblichen Versuchen. Dabei nimmt der Krampf der Halsmuskeln zu. Die rechte Gesichtsseite betheiligt sich an den Contractionen.

Die Sprache erhält durch den Krampf einen scandirenden Character. Hysterische Stigmata finden sich nicht; der Kranke hatte nie Anfälle, ist nicht luetisch, auch kein Alcoholiker, stammt jedoch von einer tabetischen Mutter.

Die Verfasser führen zum Schlusse aus, dass die vorstehend mitgetheilten Fälle sich nicht durch die Theorie Féré's (Atrophie eines Sternocleidomastoideus, in Folge dessen Krampf des anderen) erklären lassen und betonen, dass entscheidend für die Diagnose des Torticollis mental der geistige Zustand des Kranken ist, der ein Dégénéré sein mag oder nicht, immer aber mehr oder minder schwächlich und ängstlich ist.

L. Löwenfeld.

---

249) **Arthur Conklin Brush** (New-York): The Etiologie of chorea.
(The Medic. Record, 13. April 1895.)

Während Dana die Chorea nur durch trophische Einflüsse entstehen lässt, vertheidigt Verfasser die Ansicht, dass sie nicht selten auch auf reflectorischem Wege, vor Allem aber durch Gemüthserregungen hervorgerufen werde. Letztere setzten gerade wie Toxine Gefässerweiterungen und ihnen folgende parenchymatöse Degeneration in den corticalen oder subcorticalen motorischen Centren. Diese Erregungen, die meist einen schmerzhaften, depressiven Character trügen, würden am gewöhnlichsten hervorgerufen durch Schreck. Durch seinen psychischen Einfluss auf die sensorischen und damit schliesslich auch auf die motorischen centralen Zellen entständen degenerative Veränderungen, die je nach ihrer verschiedenen Art und Vertheilung zu Neurasthenie, Hysterie, Geisteskrankheiten, Paralysis agitans oder Chorea führten. Der Unterschied in dem Character der so hervorgerufenen Erkrankung müsse erklärt werden einmal aus den Verschiedenheiten der Entwicklung des Nervensystems, dann aus der ererbten oder erworbenen Schwäche desselben, endlich aus der Art, der Stärke und der Dauer der Ursache. — Zum Beweise der Richtigkeit seiner psychologischen Theorie von der Erzeugung der Chorea führt Verf. 15 Fälle an, in denen der Ausbruch der Erkrankung sich unmittelbar an heftige Gemüthsbewegungen (14mal an Schreck) anschloss. Da alle diese Kranken bis dahin gesund gewesen waren (nur 4 waren erblich nervös), so ist er der Meinung, dass in den Erregungen nicht die Gelegenheits-, sondern die directe Ursache der Chorea zu suchen sei. Voigt (Oeynhausen).

---

250) **Hirschmann**: Beitrag zur Casuistik des Morbus Basedowii.
(Wien. klin. Wochenschr. 1894, S. 923.)

Verf. constatirt an einer aus neuropathischer Familie stammenden, selbst sehr reizbaren, meist traurig verstimmten Person von gutem Ernährungszustande: Palpitationen, Anfälle von starkem Herzklopfen mit Athemnoth und Hitzegefühl, linksseitigen Exophthalmus, linksseitiges v. Gräfe'sches Phänomen, linksseitiges Klaffen der Lidspalte, tiefere Einstellung des linken

Bulbus, leichte linksseitige Conjunctivitis, beiderseits abnorm heftiger Lidschlag, Fehlen palpabler Schilddrüsentheile, geringe Gesichtsfeldeinschränkung, Schmerzen am Hinterhaupte, Parästhesien und gesteigerten Patellar- und Tricepssehnenreflex, Romberg'sches Phänomen. Verf. hält den Morbus Basedowii, wie Buschan, für eine functionelle Störung des gesammten Nervensystems. Der vorliegende Fall würde als eine forme fruste des genuinen Morbus Basedowii aufzufassen sein. Die einzelnen Symptome erklärt er zum Theil durch eine cerebrale Affection, zum anderen Theil durch eine Affection gewisser Centren in der Medulla, z. B. des Gefäss- und Vaguscentrums u. s. w. Er vermuthet, dass es sich um „bleibende oder passagere Alterationen im Contractionszustande der die betreffenden Centren ernährenden Arterien handle“. Bei dem variablen oft nur einseitigen Vorkommen der zu diesen Partien ziehenden Seitenäste der art. vertebralis und basilaris dürften sich auch Circulationsstörungen in verschiedener Anordnung geltend machen und durch Ernährungsstörung jener Centren einseitige oder gekreuzte Symptome erzeugen, wodurch eine Erklärung der formes frustes des Morbus Basedowii gegeben wäre.

Lehmann.

---

251) **Higier:** Acutes und chronisches Oedem bei manchen Neurosen, insbesondere bei Hysterie.

(Separatabdruck der St. Petersburger med. Wochenschr. 1894, 50.)

Verf. bespricht das klinische Bild 2 ziemlich seltener Angioneurosen: das acute umschriebene Oedem (Quincke) und das hysterische Oedem (Sydenham).

Ersteres hat insofern specielles Interesse, als es zweifellos nervöser Natur ist. Es kommt meist in Begleitung verschiedener Neurosen vor, ist oft hereditärer Natur und tritt besonders bei neuropathischen Personen auf. Die chronische Form des angioneurotischen Oedems stellt das hysterische Oedem dar, von dem Verf. 4 ausführliche Krankheitsgeschichten mittheilt. Dasselbe hat besondere Bedeutung, da es häufig Anlass zur irrthümlichen Diagnose eines schweren chirurgischen Leidens gab. Besondere ätiologische Momente für dasselbe sind nicht bekannt; es ist verschieden localisirt, meist halbseitig, Unterarm und Fuss scheinen Prädilactionsstellen zu sein. Characteristica des hysterischen Oedems sind: eine gewisse Härte der Schwellung und Elasticität, die Farbe der Haut ist verschieden und wechselnd, meist weiss, doch auch roth, marmorirt, blau. Am Morgen ist es oft stärker als am Abend; gewöhnlich ist es mit Parese der befallenen Extremität, oft mit Sensibilitätsstörungen und spontanen Schmerzen verbunden. Hysterische Stigmata waren in allen Fällen vorhanden. Intermissionen und Recidiven wurden oft beobachtet. Die Pathogenese ist unbekannt. Die Behandlung deckt sich mit der der allgemeinen Neurose; oft kann die Hypnose von Erfolg sein.

Lehmann.

---

252) **M. Bernhardt** (Berlin): Ein Fall von einseitigem (wahrscheinlich angeborenem) Gesichtsmuskelschwund.

(Neurol. Centralblatt 1894, Nr. 1.)

Im Anschluss an einen von Fr. Schulze veröffentlichten Fall von isolirter angeborener (intra partum entstandener) Facialislähmung (Neurol. Centralbl 1892) veröffentlicht B. einen zweiten, welcher einen 21jährigen

Mann betrifft. Es handelt sich um eine rechtsseitige Facialislähmung welche von der Mutter etwa 14 Tage nach der (ohne Kunsthülfe stattgehabten) Entbindung bemerkt wurde. Von der Lähmung und Atrophie betroffen sind auf der rechten Seite die Stirnmuskeln, der Orbicularis palpebrarum, die Wangen-, Nasen- und Oberlippenmuskeln, während die eigentlichen Lippen und Unterlippenmuskeln erhalten sind (wie letzteres auch bei den meisten bisher beschriebenen doppelseitigen Facialislähmungen beobachtet wurde) und auf electrische Reizung des Facialis, welche die zuerst genannten Muskeln absolut nicht erregt, reagiren.

Die Vertheilung der Lähmung und Atrophie auf die einzelnen Gesichtsmuskeln und das Fehlen jeglicher Contractur oder fibrillärer Zuckung und jeglicher Mitbewegung ist nach B. geeignet, die von Möbius ausgesprochene Ansicht zu unterstützen, dass es sich in den meisten dieser Fälle wahrscheinlich um eine primäre Kernerkrankung handelt. Hoppe.

---

253) **John Bacelay** u. **Wm. St. Clair Symmers**: A case of acromegaly. (The Brit. med. Journ., 3. Dec. 1892, p. 1227.)

Beschreibung und Abbildung eines typischen Falles bei einem 40jährigen Mann. Die Autoren glauben, es sei der erste in Schottland beobachtete Fall. Eine Tabelle zahlreicher Messungen ist beigefügt.

Wichmann.

B. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie.

254) **S. M. Moscher** (Ogdensburg, N. Y.): The relations of mental and physical disease.

(The Med. Record, 30. März 1895.)

Verf. führt zum Beweise des innigen Zusammenhangs zwischen Geistes- und Körperkrankheiten eine Reihe von Fällen an, in denen durch Besserung der letzteren (die Fälle betreffen hauptsächlich Erkrankungen des Nervensystems, der Verdauungs-, Athmungs-, Circulations-, Harn- und Geschlechtsorgane) auch die ersteren günstig beeinflusst wurden. Verf. betont, dass diese Fälle direct hinweisen auf die gemeinsame Basis physischer und psychischer Erkrankungen, auch für das Gehirn gelten dieselben Gesetze, wie für alle Organismen; ein fundamentaler Unterschied zwischen seinen geistigen und seinen motorischen, sensorischen und trophischen Functionen besteht nicht. Voigt (Oeynhausen).

---

255) **Richard Stern** (Breslau): Ueber periodische Schwankungen der Grosshirnrinde. (Nach einem Vortrag auf der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien 26. IX. 94.)

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 49.)

S. beobachtete bei 2 Arbeitern nach Kopfverletzungen nervöse Anfallserscheinungen intermittirender Natur, welche in einer Herabsetzung der Sensibilität in allen Sinnesgebieten, Parese mit gleichzeitiger Ataxie der willkürlichen Muskulatur und Abnahme der intellectuellen Leistungsfähigkeit bestanden. Ausserdem waren in dem ersten Fall neben den Symptomen einer traumatischen Neurose Zeichen einer Hirnrindenläsion an der linken vorderen Centralwindung (Krämpfe der rechtsseitigen Extremitäten, nebst

rechtsseitiger Parese und Herabsetzung der Sensibilität, später Rindenepilepsie), im 2 Fall symmetrisch und gleichzeitig auftretende Zuckungen gewisser Hals-, Arm- und Rumpfmuskeln vorhanden. Während die Reizerscheinungen aber ganz unregelmässig auftraten, bestanden die Anfallserscheinungen in derselben intermittirenden Weise viele Monate lang fort.

Im ersten Falle hörten die Schwankungen, die zunächst auf der rechten Seite constatirt wurden, nach einigen Wochen auf, als die motorischen Reizerscheinungen schwächer wurden, begannen aber nach einem halben Jahre wieder nach neuen Krampfanfällen mit rasch zunehmender Intensität auf beiden Seiten, zeitweise mit Beeinträchtigung des Bewusstseins verbunden. Die periodische Abnahme der Sehschärfe erreichte bald so hohe Grade, dass Pat. zur Zeit der Schwankungen fast amaurotisch wurde. Gleichzeitig wurde auch intermittirendes Erlöschen gewisser Haut- und Schleimhautreflexe beobachtet.

Die intermittirende Parese (Ataxie) der Muskulatur führte dazu, dass in Zwischenräumen von einigen Secunden die Schritte klein, mühsam und unsicher wurden. Das Sprechen zeigte in Folge intermittirender Herabsetzung der Denkfähigkeit fortwährende Pausen, auch das Gedächtniss zeigte intermittirende Schädigungen. Zuletzt betheiligte sich auch die Athmung an den Schwankungen.

Im zweiten Fall waren die Störungen bei weitem nicht so hochgradig, so dass eine genauere Untersuchung möglich war. Das Gesichtsfeld zeigte periodische Schwankungen an den Grenzen, die Hörweite sank zur Zeit der Schwankungen auf den 3. Theil der Entfernungen.

Beim ersten Patienten dauerten die Schwankungen (die Zeiten herabgesetzter Function) 3—29 Secunden, die Zwischenzeiten 2—44 Secunden, beim zweiten Patienten die Schwankungen und Zwischenzeiten zwischen 2 und 4, höchstens bis 6 Secunden. Hoppe.

---

256) **F. Meyer** und **P. Heiberg**: 690 Hjernevejningen fra St. Hans Hospital. (690 Gehirnwägungen.)

(Bibliotek for Læger. 1895, S. 125.)

Seit dem Jahre 1885 sind die Gehirne bei so gut wie allen Sectionen am St. Hans-Hospital bei Kopenhagen gewogen worden und die Verfasser haben jetzt eine genauere Untersuchung der Resultate dieser Wiegungen vorgenommen. Nachdem sowohl die höchsten wie die niedrigsten Werthe, sowie alle zweifelhaften Fälle eliminirt sind, zeigt sich als durchschnittliches Gewicht bei Individuen über 20 Jahre für männliche Gehirne 1320 Gramm, für weibliche Gehirne 1177 Gramm. Den männlichen und weiblichen Gehirnen gemeinsam ist, dass die nicht von Periencephalitis befallenen Gehirne einen Gewichtsverlust nach dem 60., wahrscheinlich schon nach dem 50. Jahre zeigen. Das durchschnittliche Gewicht der männlichen Gehirne war beziehungsweise 1352 und 1303 Gramm, der weiblichen 1205 und 1164 Gramm. Ferner haben die periencephalitischen Gehirne ein bedeutend kleineres Gewicht als die nicht periencephalitischen, nämlich für die männlichen bez. 1303 gegen 1352, für die weiblichen bez. 1150 gegen 1205 bei Individuen unter 60 Jahren.

Ein brauchbares Material für Vergleiche der Gehirne geistesgesunder Individuen liegt bei R. Boyd (Philosophical Transactions 1861) vor, indem er dieselbe Methode wie die Verfasser benutzt hat und das Gehirn mit den weichen Häuten, nachdem die Seitenventrikel geöffnet und die seröse Flüssigkeit abgelaufen ist, gewogen hat. Es zeigt sich hierdurch, dass, wenn von den periencephalitischen Gehirnen abgesehen wird, kein wesentlicher Unterschied zwischen geisteskranken und geistesgesunden Individuen besteht.

Die periencephalitischen Gehirne der Verfasser eignen alle solchen Kranken, welche an Dementia paralytica gelitten haben, und die Sonderstellung dieser Krankheit innerhalb der Psychosen leuchtet hierdurch noch deutlicher ein.

Koch (Kopenhagen).

---

257) **Agostini** (Perugia): I riflessi superficiali e profondi quale mezzo d'ajuto diagnostico nelle malattie mentale. (Tiefe und oberflächliche Reflexe als Hilfsmittel der psychiatrischen Diagnostik.)

(Rivista sperimentale 1894, Bd. XX, p. 481.)

In mehr als 1000 Fällen hat A. die Reflexe auf die quergestreifte Muskulatur und die Sehnenphänomene untersucht. Bei 400 Fällen von Pellagra fand er in 60 % Steigerung, in 24 % Abschwächung, in 9 % Fehlen des Kniephänomens. In 29 % dieser Fälle war ferner der Plantarreflex schwach oder abwesend. Wie Lombroso, der zuerst bei Pellagra darauf hingewiesen hat, fand er die idiomuskuläre Erregbarkeit und den Muskelwulst hier constant gesteigert.

In den ersten Stadien der progressiven Paralyse fand er: Abschwächung oder Abwesenheit des Abdominal- und des Cremaster-Reflexes, normales Verhalten der Schleimhautreflexe, mässige Steigerung (di poco aumentati) der Sehnenphänomene; kein Muskelwulst. In späteren Stadien: Fehlen der Bauch- und Cremasterreflexe, grosse Lebhaftigkeit des Kniephänomens und der Muskelwulstbildung; gelegentlich auch Steigerung des Plantarreflexes; in den Endstadien: Fehlen der Haut-, Abschwächung der Schleimhautreflexe, Sehnenphänomene bald gesteigert, bald fehlend; in epileptiformen einseitigen Anfällen fand A. die Sehnenphänomene an der befallenen Seite abgeschwächt, an der Gegenseite lebhafter als sonst.

Bei Epileptikern fand A. nach den Anfällen gesteigerte Muskelwulstbildung und will das eventuell forensisch verwerthet wissen, da es sich nicht simuliren liesse.

Für die übrigen Psychosen (von der terminalen Demenz abgesehen) verfügte A. nur über ein kleines Material, überall fand er einen Antagonismus im Verhalten der Hautreflexe einerseits, der Sehnenphänomene und der Muskelwulstbildung andrerseits.

Kurella.

---

258) **Briand**: Étude statistique des modifications de la réflectivité dans les différentes périodes de la paralysie générale.

(Annales médico-psychol. Nr. 3, 1894.)

B. kommt im Wesentlichen zu folgenden Resultaten: In der Paralyse besteht ein Parallelismus zwischen den Pupillar- und den Sehnenreflexen. Die Steigerung der Reflexe zeigt sich stets deutlicher an den oberen als den unteren Extremitäten, sind die Reflexe abgeschwächt, so ist das Gegen-

theil der Fall; ist zu Beginn der Krankheit grosse Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe vorhanden, so steigt dieselbe im Laufe der Krankheit; sind die Reflexe zu Anfang schwach, so verschlimmert sich dieser Zustand im Verlauf der Krankheit nicht. In den Remissionen ändert das Verhalten der Reflexe sich nicht. Pupillendifferenz fand er in 4/5 der Fälle, häufig ferner unregelmässige Form der Pupille, wobei Myosis doppelt so häufig war als Mydriasis. Die Sehnenreflexe fanden sich überhaupt verändert in 81%, gesteigert in 65%. Der Plantarreflex zeigte sich in 62% verändert, bald vermindert, bald gesteigert; der Pharyngealreflex fehlte fast immer und war fast niemals gesteigert. Kurella.

---

259) **M. Falk** (Petersburg): K Kasuistikie rasstrojstwa sratschkowoj reakzii. (Zur Casuistik der Störungen der Pupillenreaction.)

(Kowalewsky's Archiv 1894, Bd. XXII, p. 92.)

Ein Alcohol-Delirant zeigt bei convergirenden Augenachsen grössere Weite der rechten, bei parallelen Achsen grössere Weite der linken Pupille. Die linke Pupille hat nur schwache Lichtreaction, sehr schwache consensuelle Reaction, ausserdem unregelmässigen Contour. Die rechte Pupille reagirt normal bis auf das Ausbleiben der Verengerung bei Convergenz. Wie sie sich verhält, wenn das rechte Auge ohne Convergenz auf den Mittelpunkt eingestellt wird, wird nicht gesagt. F. enthält sich jedes Erklärungsversuchs, erwähnt die Möglichkeit einer alcoholischen Poliomyelitis superior nicht. Kurella.

---

260) **D. J. Orboli** (Tiflis): K utscheniju o praïskodschenii Otematomy u duschewno-bolnych. (Ueber das Zustandekommen von Othæmatom bei Geisteskranken.)

(Kowalewsky's Archiv 1894, XXIV, 3.)

O. referirt ausführlich die Arbeit Pelizzi's, der bei der Untersuchung zahlreicher Othæmatome Kokken gefunden hat, die dem Erysipel-Streptococcus und dem Streptoc. pyogenes sehr ähnlich sind, und die Ergebnisse seiner Untersuchung des durch Punction gewonnenen Inhalts von Othæmatomen einiger Paralytiker. Er fand darin Staphylokokken, von denen Reinculturen zwei Formen, die eine durch weissgraue, die andere durch gelbliche Färbung ausgezeichnet, lieferte. Die Bedeutung dieser Formen lässt er in suspenso. Kurella.

---

261) **W. Campbell** (Rainhill): The breaking strain of the ribs of the insane. (Festigkeitsprüfung an den Rippen Geisteskranker.)

(Journal of Mental Science, April 1895.)

Mit einem von Mercier ausdrücklich (und zwar aus Anlass forensischer Erfahrungen) zur Messung des Widerstandes der Rippen gegen Infraction construirten Instrumente, an dem die Druckwirkung einer Schraube durch eine Spiralfeder gemessen wird, hat C. in 58 Fällen (post mortem) die Festigkeit der 8 Rippen in der Nähe ihres vorderen Endes geprüft und alle untersuchten Rippen auch histologisch geprüft. Er fand, besonders bei Paralytikern und dementen Greisen, im Uebrigen aber in allen chronischen Psychosen, eine Herabsetzung der Festigkeit von dem Durchschnittswerth

(66 Pfund) auf erheblich geringere Werthe (bis 14 Pfund) und microscopisch Osteoporose der compacten Substanz und starken Schwund der Trabekeln der Spongiosa; beide Abweichungen liefen parallel. Eine genaue Tabelle giebt alle wissenswerthen Einzelheiten. Kurella.

II. Therapie.

262) **Zur Behandlung der Psychosen.** Sammelreferat aus der Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 50 und 51.

Dass das Interesse für therapeutische Fragen in den wissenschaftlichen Bestrebungen der Psychiatrie nicht im Abnehmen begriffen ist, beweisen in erfreulicher Weise die zwei letzten Bände der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie. Eine grosse Anzahl von Arbeiten ist Fragen der Irrenbehandlung gewidmet. Es ist natürlich, dass Betrachtungen über die zweckmässigste Einrichtung der Wachabtheilungen, über die Einschränkung der Isolirungen, über die Indicationen der Bettbehandlung, über narcotische Mittel hier im Vordergrunde stehen. Wir registriren kurz die bezüglichen Arbeiten.

Ueber Anlage und Einrichtung der Zellen an den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten berichtet Kreuser (Bd. 50, H. 1 u. 2). Erhebungen über die bezüglichen Verhältnisse an 50 deutschen und schweizerischen Anstalten, die auch in tabellarischer Form vorgeführt werden, gab n der Arbeit eine werthvolle Unterlage. Kr. ist der Meinung, dass Isolirungen der Kranken, namentlich Nachts, gegenwärtig noch unvermeidlich sind. Nach Möglichkeit sind die Isolirungen aber einzuschränken. Kr. verlangt, dass eine öffentliche Anstalt für 10% ihres Bestandes Isolirräume vorgesehen haben soll. Diese Räume sollen verschiedenartig angelegt sein, etwa die Hälfte in festerer Construction. — Scholz („Die nächste Aufgabe der Irrenpflege", Band 5?, Heft 3 u. 4) bezeichnet die gänzliche Verbannung der Tob- und Isolirzellen unter allgemeiner Durchführung der Bettbehandlung als die wichtigste Pflicht der Gegenwart. Mit der allgemeinen Tendenz, die aus dieser Arbeit hervorleuchtet, sind wohl alle Fachgenossen einverstanden. Es sind die peinlichsten, glücklicher Weise seltenen Stunden für uns, in denen ein Patient, nachdem alle übrigen Mittel versagt haben, zeitweilig isolirt werden muss. Indessen hält Ref., wohl in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl aller Irrenärzte, ein vollständiges Verzichten auf die Anlage und die Benutzung von Isolirzellen für undurchführbar. Es giebt — auch bei gut eingerichteten Wachabtheilungen und weit ausgedehnter Bettbehandlung — immer noch Aufregungszustände, in denen kürzere, vom Arzt anzuordnende und zu überwachende Isolirungen nicht zu umgehen sind. Man wird dann dem unter allen Cautelen versuchten Auskunftsmittel den Vorwurf der Inhumanität und Schädlichkeit nicht machen dürfen. — Neisser („Noch einmal die Bettbehandlung der Irren", Bd. 50), der die methodische Anwendung des Bettliegens nochmals empfiehlt, erkennt auch an, dass, wenn auch nicht besondere Zellenabtheilungen (die er mit Recht verwirft), so doch Zellen verschiedenartiger Construction in einer wohl organisirten Anstalt verfügbar sein müssen für die bedauerlichen Fälle, in welchen sich Isolirungen nicht umgehen lassen. In Bezug auf die allgemein geschätzte Bettbehandlung

macht Schmidt-Sorau (Bd. 51, p. 214) gelegentlich die Bemerkung, dass manche Kranke durch die continuirliche Bettruhe sehr anämisch werden, manche auch sexuell mehr erregt. Solche müssen natürlich aufstehen.

Die Frage der Ueberwachungsabtheilungen behandelt zunächst das durch eine Enquête an den deutschen Irrenanstalten unterstützte Referat von Sioli (Bd. 51, p. 231). Die Wachabtheilung soll bei grösseren Provinzialanstalten mindestens 7 - 10%, von da an steigend bei Stadtasylen 20—30% und selbst noch mehr umfassen. Zur Unterbringung der verschiedenen Formen von Kranken sind mindestens zwei getrennte Wachabtheilungen erforderlich, eine für ruhige, die andere für unruhige Kranke. Das Personal der Wachabtheilung soll mindestens 1 : 5 betragen. Einen durch die gründliche Fragestellung sehr werthvollen Beitrag über die Wachabtheilungen liefert Kräpelin in der Mittheilung „über die Wachabtheilung der Heidelberger Klinik" (Bd. 51). Demselben sind die in Fragebogen fixirten Beobachtungen über 250 Betriebstage zu Grunde gelegt. Die Angaben über Belegungszahl, Vertheilung der Kranken, Beruhigungs- und Schlafmittel, Isolirungen sind im Einzelnen zu vergleichen. Mit Recht nennt K. die Wachabtheilung „den eigentlichen Kern der Anstalt, den Mittelpunkt des Ganzen". Auch K. bezeichnet eine vollkommene Lösung der Wachabtheilungsfrage nur erreichbar durch Zerlegung der einen Abtheilung in mindestens zwei, eine für unruhige, eine für ruhige Kranke. „Kann man noch weiter auseinandertrennen, um so besser". Referent muss diesen Forderungen nach den Erfahrungen in Lauenburg durchaus zustimmen. Bei dem nach Plänen von Herrn Medicinalrath Siemens erfolgten Bau dieser Anstalt (1889) wurden auf der Männer- wie auf der Frauenseite je drei Wachabtheilungen vorgesehen: für Ruhige, Unruhige und für Sieche. Diese Dreitheilung hat sich durchaus bewährt, nur ist in der letzten Zeit, wo die Krankenzahl sich der vollen Belegungsziffer der Anstalt (600) nähert, die Zerlegung der Wachabtheilung für Unruhige in zwei: für Unruhige und Halbruhige wünschenswerth geworden und wird voraussichtlich erfolgen. — Einen practischen Beitrag zur Wachabtheilungsfrage bringt auch Lehmann in der mit Plänen versehenen Beschreibung der Königl. Sächsischen Landesanstalt zu Untergöltzsch (Bd. 50). Ref. wie wohl manchem anderen Collegen ist der Besuch der schön gelegenen Anstalt gerade in Bezug auf die Gliederung der Ueberwachungsstationen sehr lehrreich gewesen. — In das Gebiet der psychischen Behandlung gehört die Mittheilung von Dittmar: Ueber die bei Besuchen Geisteskranker in Frage kommenden allgemeinen Gesichtspunkte (Bd. 51, H. 2) und das dazu gehörige Correferat von Schüle (Bd. 51, p. 223), welches für die einzelnen Krankheitsformen die Indicationen und Contraindicationen der Besuche erörtert. Aus dem leider nur kurz gehaltenen Referat eines Vortrags von Kreuser über die ärztlichen Anordnungen, welche disciplinären Maassregeln ähnlich sehen, sei der unzweifelhaft richtige Satz hervorgehoben, dass eine möglichst freie Behandlung häufigeres disciplinäres Einschreiten am besten zu vermeiden vermag (Bd. 51, p. 989). — Ueber „narcotische Mittel und Psychosen" im Allgemeinen handelt der Aufsatz von Siemens (Bd. 51). S. fordert dazu auf, die narcotischen Mittel vor ihrer Anwendung bei Kranken erst sehr genau auf die Einzelheiten

ihrer psychischen Wirkung zu prüfen und hält Selbstversuche bei rüstigen jüngeren Collegen für erlaubt. Es giebt Mittel, welche statt zu beruhigen noch ihrerseits angsthafte Zustände künstlich erzeugen. S. berichtet über zwei besonders nach dieser Richtung, aber auch sonst interessante Selbstversuche mit Balsam cannab. indic. Denzel und mit Hyoscyamin. Er lobt die Opiate, die Verbindung von Chloral mit Morphium, das Sulfonal bei vorsichtiger Anwendung, auch den Alcohol als Schlafmittel. — Speciell über Sulfonal bezw. Trional handeln die Mittheilungen von Schedtler (Bd. 50), Schäffer (ibid. p. 1089) und Herting (Bd. 51) Sie sind sämmtlich geeignet, zur Vorsicht und strengen Ueberwachung der Kranken beim Gebrauch des im Uebrigen vorzüglichen Mittels zu mahnen Bei gewissenhafter Beachtung der ersten leichten Vergiftungserscheinungen lassen sich Zustände schwerer Sulfonalintoxication durchaus vermeiden — Die Bedeutung und Anwendung der Hydrotherapie bei psychischen Aufregungszuständen wird in einer Reihe von Thesen (Fürstner, Feldbausch) begrenzt, auch die bezügliche Discussion ist der Ausdruck wichtiger practischer Erfahrungen (Bd 50, pg. 1075). — Es sei hier auch auf die wichtigen therapeutischen Gesichtspunkte hingewiesen, welche die gründliche Discussion der Alcoholfrage auf der Karlsruher Herbstversammlung 1894 (Referenten Sommer und Smith, Bd. 50, pg. 970 ff.) enthält. Die Nothwendigkeit absoluter Alcoholentziehung bei Epileptikern kann nicht genug betont werden. Wir sind auch überzeugt, dass Kräpelin's Forderung, die gewohnheitsmässige tägliche Zufuhr alcoholischer Getränke bei den Pfleglingen der Irrenanstalten aufzugeben, allmählig weitere Zustimmung finden wird. —

Hoppe's Bemerkungen zur Wärterfrage (Bd. 51, H. 3) sind vom Verfasser in diesem Centralblatt weiter ausgeführt worden. — Die Frage der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher bespricht Schröter und fordert Vermehrung der an Strafanstalten bestehenden Irrenstationen. Hier sollen namentlich auch jene schlimmen Fälle verbleiben, welche in der Psychose ihre Verbrechernatur bewahren. Viele geisteskranke Verbrecher können ohne Störung den zuständigen Provinzialanstalten zugetheilt werden. Die Ansichten über die zweckmässigste Verpflegung der geisteskranken Verbrecher sind noch sehr getheilt. So forderte die letzte grössere Bearbeitung der Frage (von Günther, vergleiche dieses Centralblatt 1893, p. 434) neben der Errichtung dieser Irrenstationen an den Strafanstalten die Einrichtung einer Anstalt für psychisch defecte Verbrecher im Annex an eine Irrensiechenanstalt — „Ueber die Errichtung getrennter Anstalten für heilbare und unheilbare Geisteskranke" spricht Meschede in einem Vortrage (Bd 51, H 1) M. ist mit dem bestehenden System der combinirten Heil- und Pflegeanstalt nicht einverstanden. Er betont namentlich, dass die Anfüllung der Anstalten mit vorwiegend Unheilbaren die rechtzeitige Zuführung der Heilbaren zurückhalte. Daher seien besondere Anstalten für Heilbare („Anstalten für Gemüthskranke") zu fordern, während die Irrenanstalten resp Irrenpflegeanstalten den Unheilbaren reservirt bleiben. In theoretischer Hinsicht lässt sich über M.'s Vorschläge gewiss discutiren und mancherlei für und wider dieselben anführen, ihrer practischen Durchführung stehen schon desshalb unüberwindliche Hindernisse

im Wege, weil das Irrenwesen in den meisten deutschen Staaten in der Errichtung combinirter Heil- und Pflegeanstalten feste Gestalt gewonnen hat. Uebrigens sind aus naheliegenden Gründen nicht wenige Universitätskliniken für Geisteskranke reine Heilanstalten im Sinne M.'s.

Mercklin-Lauenburg.

263) **Tilkowski**: Die Trinkerheilanstalten der Schweiz und Deutschlands. (Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. XII, H. 1 u. 2)

Verf. besuchte im Auftrage des niederösterreichischen Landesausschusses die Trinkerheilanstalten Deutschlands und der Schweiz, um einen Anhaltspunkt zu gewinnen, ob den bestehenden Trinkerheilanstalten „eine paradigmatische Bedeutung“ für das Project eines N. O. Trinkerasyles beizulegen wäre oder nicht. Das Project der zu gründenden N. O. Trinkerheilanstalt zielt dahin, Personen, welche in Folge der Trunksucht geisteskrank waren und die in einer Anstalt ihre Geistesklarheit, nicht aber die gehörige Willensstärke und Widerstandskraft gegen schädliche Einflüsse wiedererlangt haben, zwangsweise, unter Curatel, gegen ihren Willen, in dem Trinkerasyle unterzubringen. Die Trinkerheilanstalten Deutschlands und der Schweiz, mit alleiniger Ausnahme der Anstalten des Cantons St. Gallen, basiren dagegen auf dem Princip des freiwilligen Eintrittes und Austrittes in und aus der Anstalt und schliessen sämmtliche Geisteskranken von der Aufnahme aus. Die N. O. Trinkerheilanstalt müsste daher selbstredend unter beständiger ärztlicher Controlle stehen, während in den Asylen Deutschlands und der Schweiz eine periodische Beaufsichtigung Seitens der Aerzte stattfindet. Im Interesse einer erfolgreichen Behandlung der Trinker wäre es von grossem Nutzen, moralisch depravirte und bemakelte Personen der Anstalt fernzuhalten. Der Arbeitszwang, die Abstinenz, das Verbot des Besuches von Gasthäusern und des Führens von Geld müssten in der zu gründenden Anstalt voll und ganz ins Programm aufgenommen werden.

Behr.

V. Zur Tagesgeschichte.

Aus **Aachen** geht uns folgende vom 8. Juni 1895 datirte Correspondenz zu, die wir unter dem Vorbehalt, die bekannten dortigen Vorgänge noch einmal im Allgemeinen und Principiellen zu beleuchten, unseren Lesern zur Beachtung empfehlen:

Nach 8tägiger Sitzung ist heute die Gerichtsverhandlung gegen Mellage und Genossen wegen Beleidigung der Alexianer-Genossenschaft zu Ende gegangen und hat zu einer Freisprechung der Angeklagten geführt. Für die uns hier interessirende ärztliche Seite des wichtigen Processes war das Urtheil schon vor den Plaidoyers gefällt: es ist eine Eiterbeule angestochen worden und hat eine Unmenge faulen, stinkenden Eiters ergeben. Die Sachverständigen konnten keine Worte finden, um das Thun und

Treiben der „Brüder“ mit dem richtigen Namen zu benennen.*) In erschreckender Weise ist der Beweis der Wahrheit durch Mellage, den seine bekannte Broschüre auf die Anklagebank führte, erbracht. Sämmtliche 4 Sachverständige (Gerlach-Münster, Ripping-Düren, Finckelnburg-Bonn, Besser-Poppelsdorf) waren sich darüber einig, dass solch' entsetzliche Zustände, wie in dieser Anstalt herrschen, an das Licht gezogen zu haben, eine höchst verdienstvolle Sache sei. „Ich muss es als ein grosses Glück betrachten“, sagte Gerlach, „dass durch diesen Process diese unheilvollen Zustände klar gelegt sind. Es hat sich hier eine alte Gewohnheit fortgepflanzt, indem die Aerzte sich, ohne die Thatsachen zu prüfen, vollständig auf die „Brüder“ verliessen“. Und zur Erklärung dieses abnormen Zustandes konnte er keine passenderen Worte finden, als die des Dichters: Es erben sich Gesetz und Recht, wie eine ew'ge Krankheit fort. Vernunft wird Unsinn, Wohlthat Plage! Finckelnburg, der mit dem Vorurtheil hierher gekommen war, dass solch' haarsträubende Dinge, wie sie in der Mellage'schen Broschüre stehen, unmöglich in einer Stadt wie Aachen, unter den Augen der Aufsichtsbehörden, sich hätten ereignen können, musste gestehen, dass durch die Verhandlung sehr bald sein Vorurtheil zerstört worden war. Nach seiner Auffassung trugen die Aufsichtsbehörden die grösste Verantwortung, die Jahrzehnte hindurch derartige Zustände duldeten. Ripping betonte unter Anderem, dass die Aerzte in der Anstalt angestellt seien, nicht etwa um Zähne auszuziehen, sondern um den geistigen Zustand der Kranken zu verfolgen, um jeden Augenblick Rechenschaft ablegen zu können, in welchem Stadium sich die Geistesstörung befindet. Und Besser endlich betonte scharf den springenden Punkt der ganzen Frage, d. h. das falsche Princip derartiger Anstalten, die unter „geistlicher Oberleitung“ stehen, mit Aerzten, die im „Nebenamte“ ihrer Pflicht nicht genügen können — für 660 Kranke verwendet jeder täglich je $1^1/_2$ Stunden — die nicht in der Anstalt wohnen und psychiatrisch nicht vorgebildet sind. Er protestirte feierlich dagegen, dass 600 Kranke den dazu berufenen Aerzten fortgenommen und einer auf „geistlichem“ Standpunkte stehenden Anstalt übergeben würden. Und den Ordensbrüdern der Rheinprovinz, so führte er weiterhin aus, giebt die Provinzialverwaltung einen jährlichen Zuschuss von 438,000 Mark!**)

Was sich die „Brüder“ alles haben zu Schulden kommen lassen, in welch' entsetzlicher Weise sie an mittelalterliche Proceduren erinnernde Folterqualen ersonnen und als Strafe für die „Nichtsnutzigkeit“ (sic!) der Kranken, meistens allerdings ohne Wissen der Aerzte, vorgenommen, das ist ja in den Tagesblättern alles hinlänglich berichtet worden. Es ist selbstverständ-

*) Zum besseren Verständniss der in Rede stehenden Verhältnisse theilen wir mit, dass die Alexianer eine sich vorwiegend mit der Kranken- und Irrenpflege beschäftigende katholische Ordens-Genossenschaft bilden, die in Aachen ein Mutterhaus und in unmittelbarer Nähe von Aachen das Kloster Mariaberg besitzt. Im „Nebenamte“ sind zwei Aerzte, die in der Stadt wohnen, in den Anstalten thätig, wovon abwechselnd jeder $1^1/_2$ Stunden täglich in der Stadt und in Mariaberg fungirt. Es bestehen in der Rheinprovinz noch 4 andere Irrenanstalten der Alexianer mit zusammen 570 Plätzen.

**) Und Bankapitalien à fonds perdu! — K.

lich und braucht hier kaum erwähnt zu werden, dass die Sachverständigen über Zwangsmittel zum Zwecke der Strafe oder Zucht oder als Disciplinarmittel, wie Capellmann sich ausdrückte, einstimmig den Stab gebrochen haben.

Wahrlich, dies 8tägige schaurige Drama, das sich vor uns abgespielt, bietet eine traurige Illustration zu den Frankfurter Thesen vom 25. und 26. Mai 1893, die, wie bekannt, von dem dirigirenden Arzte der Alexianeranstalten, Dr. Capellmann, seiner Zeit einen so hochmüthigen Angriff erfuhren.*) Jetzt musste derselbe es sich gefallen lassen, dass ihm in erschreckender Weise ad oculos demonstrirt wurde, wie unmöglich es ist, einer Anstalt, die 660 Kranke zählt, im „Nebenamte" vorzustehen und dabei seiner Pflicht nur einigermassen gerecht zu werden, musste die Vorwürfe hinnehmen, die ihm nicht mit Unrecht gemacht wurden, dass er in Bezug auf Diagnose und Therapie recht bedenkliche Anleihen bei den „Brüdern gemacht habe, und dazu noc hbei solchen Brüdern, die den Staatsanwalt höchst wahrscheinlich beschäftigen werden.

Ein practischer Beitrag ferner zur „Wärterfrage", der wahrlich nicht den „geistlichen", „unbezahlten" Wärtern mit ihrer „traditionellen Uebung in der Pflege" zum Siege verholfen hat.

Eine glänzende Bestätigung endlich für die Ausführungen Sommer's (Staat und Kirche in der practischen Irrenpflege. Dieses Centralbl. 1893, p. 443 u. 555 und Folge), dass nämlich die theologischen Leiter die Aerzte nur als Reparaturhandwerker für die körperliche Maschine betrachten und sich selbst das psychische Gebiet reserviren.

Somit schliesse ich für heute, mit dem Wunsche, dass dieser wahrhaft culturelle Kampf, der in diesen Tagen hier ausgefochten, seine Früchte baldigst zeitigen möge, dass diejenigen, welchen der Staar gestochen ist, nun auch ihre Augen zum Sehen verwenden mögen! Das grosse Verdienst des Iserlohner Gastwirths besteht nicht sowohl in der Befreiung des schottischen Geistlichen Forbes, dem bei seiner nervösen Anlage Glück zu wünschen ist, dass er in Mariaberg nicht verrückt geworden, als vielmehr hauptsächlich darin, dass er die Thüren eines Augiasstalles aufgestossen und ihn urbi et orbi gezeigt hat. Möge die herkulische Arbeit der Reinigung desselben recht bald geschehen!

---

*) Nach 30jähriger Thätigkeit an den Alexianeranstalten hat Capellmann noch vor Schluss der Verhandlung sein Amt niedergelegt.

**) Es scheint damit recht langsam zu gehen! Zunächst hat man einen Sündenbock gefunden — natürlich den falschen — und den Aachener Regierungs-Medicinalrath verabschiedet. Sodann ist ein Arzt der rhein. Provinzial-Verwaltung commissarisch nach Mariaberg abgeordnet und die dortige Anstalt für weitere Aufnahmen geschlossen worden. Hoffentlich wird man den höher stehenden Urhebern des Vertuschungssystems und des Augen-Zudrückens auch noch näher treten! — K.

Inhalt des Juni-Hefts.

I. Originalien.

II. Bibliographie.

III. Uebersichts-Artikel.

IV. Referate u. Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Anatomie und Physiologie.

2. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und pathologische Anatomie.

3. Diagnostik und Untersuchungsmethoden.



CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVIII. Jahrgang. 1895 Juli. Neue Folge VI. Band.

I. Originalien.

Das preussische Irrenwesen im Lichte des Processes Mellage.

Von Dr. H. Kurella.

In Aachen ist am 8. Juni der Gastwirth Mellage freigesprochen worden, der auf Antrag der katholischen Genossenschaft der Alexianer und ihres Arztes, des Dr Capellman, angeklagt worden war, in einer Ende 1893 erschienenen Broschüre die Antragsteller beleidigt zu haben.

Seinen Anwälten ist es gelungen, den Beweis zu erbringen, dass die von Mellage gegen die Antragsteller erhobenen Anschuldigungen auf Wahrheit beruhen. Die Beweisaufnahme hat ergeben, dass die Genossenschaft seit Jahren missliebige Priester als angeblich Geisteskranke festhält und dass in ihrer Anstalt die geisteskranken und epileptischen Insassen jeder sachverständigen Behandlung und Pflege entbehren, in überfüllten Räumen hausen, ungenügend ernährt werden und vielfachen grausamen, raffinirt scheusslichen Misshandlungen hilflos preisgegeben sind.

Die Beweisaufnahme hat ferner ergeben, dass die vom Gesetze verordnete staatliche Aufsicht — ganz wie bis 1891 gegenüber der Epileptiker-Colonie des Pastors v. Bodelschwingh — gegenüber dem Alexianerkloster aus bisher noch nicht aufgeklärten Gründen versagt hat.

Der Process Mellage hat in Deutschland allgemeines Aufsehen erregt und zu einer Interpellation an die preussische Regierung im Abgeordnetenhause geführt. Auf diese Interpellation hat am 25. Juni der preussische Cultus- und Unterrichtsminister in einer Form geantwortet, die deutlich zeigte, dass selbst die Aachener Vorgänge nicht hingereicht haben, die preussische Regierung über das verfehlte System der Irrenfürsorge in

Preussen hinreichend aufzuklären. Es wird also wohl zu weiteren Skandalen und neuen Enthüllungen kommen müssen, bis Preussen sein Irrenwesen annähernd auf dieselbe Stufe bringt, auf der es in anderen Culturstaaten steht.

Dass das Irrenwesen in Preussen innerhalb mehrerer Provinzen in Verfall gerathen ist, kann kein unbefangener Beobachter leugnen. Der Grund für diesen Verfall liegt in der Missachtung und Nichtachtung des ärztlichen Standes, der Psychiatrie und der Wissenschaft überhaupt, die in dem letzten Jahrzehnt bei den leitenden Behörden, den Provinzial-Verwaltungen, sich eingenistet hat. Zu dem Entstehen dieser Missachtung mag der Einfluss der Provinzialordnung von 1881, die dem feudalen, feudal-clericalen oder rein clericalen Elemente die unbestrittene und uncontrollirte Herrschaft in den Provinzial-Landtagen und den von diesen eingesetzten Provinzial-Verwaltungen gesichert hat, wohl das meiste beigetragen haben.

Ich stütze meine Behauptung eines zunehmenden Verfalls des Irrenwesens auf eine mehr als 11jährige aufmerksame Beobachtung des Irrenwesens in den drei östlichsten Provinzen Preussens und in der Rheinprovinz.

Für heute möchte ich nicht auf die Zustände im Osten, besonders in Schlesien, sondern nur auf die Rheinprovinz exemplificiren, weil die Zustände in dieser Provinz durch den Process Mellage Gegenstand des allgemeinen Interesses geworden sind.

Der elende Zustand, in dem sich die öffentliche Fürsorge für Irre bis zum Anfang des Jahrhunderts in Preussen befand, veranlasste vor 70 Jahren die Gründung der Irrenheilanstalt Siegburg in der Rheinprovinz, die eine staatliche, nicht eine communale Anstalt war. Siegburg wurde die Wiege der preussischen Psychiatrie.

In Folge des Dotirungsgesetzes der Provinzen von 1875 konnte die Rheinprovinz als communale Körperschaft an die Gründung eigener Anstalten herangehen. Bis 1878 wurden dort 5 stattliche, musterhafte Anstalten fertiggestellt, die allmählich über 1500 Kranke aufnahmen. Männer von unbestritten ausgezeichneter wissenschaftlicher und socialer Stellung — ich nenne u. A. Nasse und Pelman — leiteten die Anstalten, die gleichfalls Pflanzstätten irrenärztlicher Wissenschaft und Praxis wurden. Allmählich stieg die Belegung dieser Anstalten bis auf die am 1. April 1886 erreichte Ziffer von 2414 Insassen. Diese Ueberfüllung veranlasste nun nicht, wie das in einem geordneten Staatswesen mit allen anderen öffentlichen Anstalten geschehen würde, Neu- und Erweiterungsbauten für die Geisteskranken; nein, man glaubte bei der Kirche mindestens ein so gutes Verständniss für die Behandlung und Pflege Geisteskranker zu finden, wie bei der Wissenschaft, man war wohl auch der Mühe und Last der Neubauten und einer ausgedehnteren Verwaltung müde und wandte sich an die religiösen Genossenschaften. Derartige Genossenschaften hatten sich am Rhein in den 70er Jahren bereits in grösserem Umfange privatim mit Irrenpflege befasst.

1888 schloss nun die Provinz mit diesen Genossenschaften, zu denen sich noch 4 neue gesellten, Verträge ab zur Unterbringung Landarmer (d. h. heimathloser) Pfleglinge, während die Unterbringung der ortsarmen unheilbaren Geisteskranken der Gemeinde oblag. Es waren vor 1888 hauptsächlich folgende Genossenschaften herangezogen worden:

Die Alexianerbrüder in Aachen für 60 Kranke.
Die Franziskanerbrüder in Waldbreitbach, Kr. Neuwied, für 30 Männer.
Die Franziskanerinnen daselbst für 100 Frauen.
Die Franziskanerbrüder bei Ebernach für 160 Männer.
Die Barmherzigen Brüder in Trier für 200 Männer.
Die Augustinerinnen in Klosterhofen bei Zülpich für 80 Frauen.

Diese Anstalten erhielten nun, um ihren Verpflichtungen nachkommen zu können, grosse Bausummen von der Provinz, zu 2% Zinsen und 2% Amortisation; die Provinz verpflichtete sich, die oben genannte Zahl von Kranken bis zur erfolgten Amortisation, d. h. 28 Jahre lang, dauernd den Brüdern zu überweisen und pro Kopf und Tag 1,20 Mk. an die Anstalten zu zahlen. Diese ungemein günstigen Bedingungen hat die Provinz den Orden gemacht, ohne sich irgend eine Controlle der Gegenleistungen zu sichern. Die Orden wurden in diesen Verträgen als völlig unfehlbar behandelt!

Nunmehr meldeten sich auch evangelische Corporationen als Theilnehmer an diesem Quell von Spenden und 1894 wurden von der Provinz Verträge abgeschlossen betreffend zwei neu zu erbauende evangelische Irrenanstalten, einer der „Inneren Mission“ zu Lüttringhausen, einer der „Gesellschaft des evangel. Krankenhauses“ zu Waldbröl zur Unterbringung von je 200 evangel. Kranken.

Ausserdem bestanden schon seit Anfang der 80er Jahre Verträge mit dem Alexianer-Kloster Mariaberg bei Aachen und der Colonie Bethel bei Bielefeld über die Aufnahme von Epileptischen. Soweit die Drucksachen des Rheinischen Provinzial-Landtages Aufschluss geben, sind in den letzten 10 Jahren 2,700,000 Mark in 2% Darlehen an die religiösen Genossenschaften vorgestreckt worden.

Man muss sagen, dass die Grundsätze, nach denen in Preussen öffentliche Gelder verwaltet werden, sich seit Friedrich II. recht sehr geändert haben. Der grosse König liess 1748 dem Prior der Breslauer Barmherzigen Brüder 3000 Gulden auszahlen und forderte dabei eidliche Bekräftigung, dass der Prior und seine Nachfolger keine weiteren Ansprüche erheben würden und dass das Kloster die Summe zur Abstellung der drückendsten Nothstände nicht entbehren könne.

Als nun auch in der Rheinprovinz am 1. April 1893 das Gesetz vom 11. Juli 1891 in Kraft trat, und dieselbe nunmehr auch für ortsarmen (nicht heimathlosen) Geisteskranke, Epileptische und Idioten mit zu sorgen hatte, da befanden sich — ausser den etwa 600 Landarmen in kirchlichen Anstalten — noch 1978 ortsarme Pfleglinge in Genossenschaftsanstalten. Diese liess die Provinz bei der Uebernahme einfach, wo sie waren, so dass die Kranken nunmehr in etwa 140 grösseren und kleineren Anstalten vertheilt sind. *)

Kann da noch von einer wirksamen Controlle der Art der Unterbringung von Seiten der Provinzialbehörde und von einer staatlichen Revision, die mehr als Form sein soll, die Rede sein?

*) Ausser den oben genannten Anstalten kommen als grössere Unternehmungen die Alexianerniederlassungen in Lindenthal bei Köln, Gladbach und Crefeld in Betracht.

Wie der Krankenbestand der Rheinprovinz in diesem Jahre steht, lässt sich noch nicht ermitteln. Am 1. IV. 1894 war er folgender:

Es befanden sich auf Grund des Gesetzes vom 11. 7. 91:

In den Provinzial-Irrenanstalten . .	1720 Kranke,	
„ städtischen und sonstigen öffentlichen Pflegeanstalten		876 Kranke,
„ religiösen Privatanstalten		1032 „
In sonstigen kleinen Privatanstalten		137 „
	1720	+ 2045
	3765 Kranke.	

Dazu sollen noch 1896 die im Bau begriffenen evangelischen Ordensanstalten mit 400 Betten kommen. Darnach würde dann Anfang 1896 die Rheinprovinz in eigenen Anstalten 1720 Kranke, in Anstalten anderer Organisation 2445 Kranke haben. Da darf man denn wohl von einer Decadence der provinziellen Irrenfürsorge reden. Mit Recht sagt der Gewährsmann der „Kölnischen Zeitung" (1895, Nr. 504): „Wenn das neue System weiter befolgt werden sollte, würde der Wettbewerb zwischen öffentlicher und privater Thätigkeit den Zwiespalt ganz unheilbar machen, die Irrenpflege würde immer verworrener und die Provinz schliesslich ausser Stand gesetzt werden, jemals wieder normale Zustände herzustellen."

Der ärztliche Dienst an diesen Anstalten wird ausschliesslich von Nicht-Psychiatern versehen und zwar quantitativ in ebenso unzulänglicher Weise, wie in Mariaberg. Man muss es schon als eine enge Annäherung an eine Art von specialärztlicher Vorbildung halten, dass einer dieser Aerzte, der der Trierer Anstalt, — Kneippianer ist.

Nun enthält freilich der dem diesjährigen 39. Provinziallandtage des Rheinlands vorgelegte ausführliche Bericht der Provinzial-Verwaltung auch Dienstvorschriften über die an diesen Privatanstalten thätigen Aerzte, soweit die Behandlung der Provinzial-Pfleglinge in Frage kommt; darnach sollen diese Aerzte durch den Vorstand der Anstalt im Einvernehmen mit dem Landesdirector ernannt und entlassen werden, die Aerzte müssen psychiatrisch vorgebildet oder doch mit der Irrenpflege practisch vertraut sein, sie müssen die Kranken täglich besuchen, die Ernährung und die hygienischen Verhältnisse controlliren, Journale anlegen und was dergleichen mehr ist, aber man hat ja aus den Aussagen des Decernat führenden rheinischen Landesraths in Aachen erfahren, dass die Alexianer sich der Anstellung eines Hausarztes energisch widersetzt haben, dass sie überhaupt intransigente, selbstherrliche Cumpanen sind, und sicher wären diese Bestimmungen auf dem geduldigen Papier geblieben — ohne Herrn Mellage.

Auch muss daran gezweifelt werden, dass die rheinische Provinzialverwaltung genügendes Verständniss für die eigentlichen Aufgaben der Irrenfürsorge und den Willen besitzt, eine klare Erkenntniss dieser Aufgaben zur Geltung zu bringen; hat doch der rheinische Provinzialausschuss am 25. Juni beschlossen, die in den Alexianeranstalten zu Lindenthal, Gladbach und Crefeld befindlichen Geisteskranken dort zu belassen. Die Kranken sollen also auch weiterhin der Vernunft, den heutigen Culturzuständen und dem Gesetz zum Trotz ohne die nöthige sachverständige

Behandlung bleiben. Daran kann im Princip auch die Anstellung einzelner Assistenzärzte an diesen Anstalten nichts ändern; der Arzt soll die Anstalt leiten, nicht an ihr dienen. Hat man doch auch die neuen Dienstvorschriften für die geistlichen Anstalten erlassen, ohne einen der Directoren der Provinzialanstalten oder überhaupt einen Psychiater zu Rathe zu ziehen!

Auf demselben Wege, wie die Rheinprovinz, wandeln seit 1892 und theilweise länger alle preussischen Provinzen; bewusst oder unbewusst haben sie das Programm v. Bodelschwingh's, die „Kirche" müsse allmählich selbst dazu übergehen, Anstalten zu bauen und dem Staate die Irrenfürsorge abzunehmen, zu dem ihrigen gemacht.

Der Protest gegen dieses lichtfeindliche und verderbliche System, den 1893 die deutschen Irrenärzte eingelegt haben, ist ungehört verhallt. Nicht die leiseste officiöse Beschwichtigung oder Beruhigung ist damals verlautbart, obwohl doch das Cultusministerium einen Decernenten in Irrensachen hatte, dem man die Rolle des Beschwichtigungsraths hätte zutheilen können.

Man hat in dieser Culturfrage ersten Ranges die Sachverständigen einfach ignorirt, ganz wie man seit Jahren vielfach in den Provinzialverwaltungen das Anstaltswesen organisirt, ohne die Directoren zu fragen. Wo die systematische Ignorirung der Irrenärzte und die rein bureaukratisch-formelle Führung der Irrenverwaltung in Preussen noch nicht längst Thatsache ist, da ist sie im Begriff, es zu werden. Das Irrenwesen wird fast überall ohne sachverständigen Beirath organisirt und verwaltet, und es wird bald überall darnach sein.

Es würde zu weit führen, zu untersuchen, wie diese Ignorirung und Nichtachtung der Psychiater entstanden ist. Der allgemeine Rückgang in der socialen Stellung der Aerzte im Zusammenhange mit den socialpolitischen Gesetzen hat auch dazu beigetragen. Zum Theil hängt sie wohl mit der instinctiven Abneigung der herrschenden feudal-klerikalen Richtung gegen das gebildete Bürgerthum und gegen alles, was Wissenschaft heisst, zusammen (Und aus dem gebildeten Bürgerthum, das ja noch einige Widerstandsfähigkeit gegen die Excesse des Obscurantismus besitzt, pflegten sich bisher doch die Anstaltsdirectoren zu recrutiren.) Zum Theil mag diese Abneigung auch geweckt worden sein durch den Stillstand, den die practische Psychiatrie seit Aufstellung ihrer letzten Schlagworte, der colonialen Verpflegung und der Familienpflege, zu verzeichnen hat. Dieser Stillstand hängt unzweifelhaft mit den überwuchernden Verwaltungsinteressen der Directoren und den ausschliesslich anatomischen Interessen der jüngeren Generation der Irrenärzte zusammen. Eine Phase der Psychiatrie, in der diese ihre Hauptleistungen im Kuhstall und am Microtom producirte, musste den Resultaten der Anstaltsbehandlung und damit dem Ansehen der Psychiater schaden. Und die Keime der klinischen Richtung in der Psychiatrie sind noch sehr zart. Wenn meine Erfahrungen mich nicht täuschen, so hat die unverkennbar sinkende Achtung der Verwaltungen vor den Aerzten zu einer beginnenden Subalternisirung, je einer Proletarisirung des Nachwuchses geführt. Der Zug der Zeit erleichtert es allmählich den subaltern unselbstständigen und den streberisch-schmiegsamen Naturen, „leitende" Stellungen zu erlangen. Je häufiger die Fälle werden zu wollen scheinen, in denen diese beiden Elemente aus der Zahl der Bewerber von den Ver-

waltungen ausgelesen werden, desto seltener finden die Verwaltungsbeamten eigene wohlbegründete Ansichten und einen entschiedenen Willen in Fachfragen bei den untergebenen Aerzten und umsomehr wächst das bureaukratische Decretiren und Schematisiren Und je mehr in Zukunft die Irrenärzte durch die obere Instanz von oben herab behandelt werden, desto geringer wird die Zahl intellectuell und moralisch tüchtiger Elemente werden, die in dieser Carriere zu bleiben Lust haben. Das Gesetz der Auslese muss auch hier schliesslich zum Uebrigbleiben der Passendsten führen, und wer in dieses System am besten passt, ist gewiss nicht der Tüchtigste. Nur die Einstellung energischer ärztlicher Berather im Hauptamt in die centrale Verwaltung der Provinzial-Verbände kann die Herabdrückung der Psychiater auf ein absolut subalternes Niveau hindern.

Einer Deteriorirung der Irrenärzte und der Auslieferung der Anstalten an die Kirche scheint mir also das heutige System entgegenzugehen, das mit der Nichtachtung der Vernunft und Wissenschaft vor etwa einem Jahrzehnt angefangen hat.

Ueber die thatsächliche Subalternisirung und Proletarisirung der nicht in leitenden Stellungen befindlichen Irrenärzte liesse sich manches sagen; ich erinnere daran, dass man an einzelnen Orten angefangen hat, aus wenig respectabeln Gründen den älteren verheiratheten Aerzten die lebenslängliche Anstellung zu entziehen, dass man sie noch oft über ein Jahrzehnt dauernder Dienstzeit auf Kündigung mit 3000 Mark Gehalt und weniger anstellt, was wohl eher noch eine Proletarisirung als eine Subalternisirung bedeutet. Diese erniedrigende Behandlung bildet ein interessantes und characteristisches Gegenstück zu den viertel, halben und ganzen Millionen, die man den geistlichen Leitern von Irren-Detentions-Anstalten fast zinsfrei hingiebt. Wohin wird aber der Stand der Irrenärzte noch kommen, wenn die meisten unter ihnen, nach dem Vorgange der Rheinprovinz, erst durch den Vorstand der geistlichen Anstalten ernannt und entlassen werden?

Was darf man nun als Erfolg der Angriffe erwarten, die aus Anlass des Processes Mellage in der Oeffentlichkeit, der Presse und dem Parlament gegen das System laut geworden sind, dessen Consequenzen wir soeben in flüchtigen Umrissen angedeutet haben? Von den Provinzial-Verwaltungen wohl gar nichts; und was von Seiten der Staatsregierung zu erwarten ist, das hat der preussische Cultusminister in der Erklärung erkennen lassen, mit der er auf die Interpellation anlässlich des Processes Mellage geantwortet hat. Darin verspricht er als Abhülfemittel folgende:

1. Soll eine besondere unmittelbare Commission eingesetzt werden, welche alle nicht bloss von Alexianern, sondern auch von Katholiken oder Evangelischen unterhaltenen Irrenanstalten einer unerwarteten Revision unterziehen soll.
2. Sollen die Regierungs-Medicinalräthe unter Zuziehung eines höheren Verwaltungsbeamten alle Privat-Irrenanstalten ihres Bezirks eingehend revidiren.
3. Sollen demnächst neue Vorschriften in Kraft treten, durch welche die staatliche Aufsicht über die Privat-Irrenanstalten erheblich verschärft werden. Durch dieselben soll

4. die Einwirkung des Arztes auf die Behandlung der Kranken und auf die Verwendung des Personals gesichert werden.
5. Es sollen besondere Besuchscommissionen eingesetzt werden, bestehend aus dem Regierungs-Medicinalrath, einem Mitgliede der Regierung und einem wohlgeschulten Psychiater. Derartige Psychiater stehen der preussischen Regierung gerade 19 zur Verfügung.
6. Es sollen für diese Besuchscommissionen ganze 8000 Mark jährlich zur Zahlung von Diäten und Reisekosten ausgeworfen werden.

Nach alledem bleibt das System unverändert, und an Stelle einer Organisirung des Irrenwesens unter Mitwirkung der allein berufenen Sachverständigen, der Irrenärzte, wird nur eine Erweiterung des Systems der Revisionen beliebt, dessen Bankerott der Aachener Process für Alle, die sehen wollen, gezeigt hat.

Aber das bisherige System muss zu einer Degeneration des Anstaltswesens und einer fortschreitenden Degradirung der Irrenärzte führen, denen das Schicksal droht, von Bettelmönchen und bornirten Pastoren auf Kündigung angestellt zu werden.

Die heutige Krise des preussischen Irrenwesens stellt die Irrenärzte vor die Existenzfrage. Noch ein paar Schritt weiter auf der nach Mariaberg, Bethel und Kraschnitz führenden Bahn, und kein wissenschaftlich gebildeter Mediciner, kein Gentleman wird mehr Lust haben, eine Stellung an einer Irrenanstalt anzunehmen.

Den uns drohenden Gefahren kann nur durch enges Zusammenschliessen und einmüthiges Handeln der Oeffentlichkeit und den Behörden gegenüber vorgebeugt werden. Der in Mariaberg ins Rollen gerathene Stein darf so bald nicht wieder zur Ruhe kommen, und eine freimüthige und gründliche Discussion, wie die Vorbildung, die Arbeitsbedingungen und die Gehaltsverhältnisse der Wärter und der Aerzte geregelt werden sollen, wird zu Ende geführt werden müssen. Wir werden in dieser Discussion nicht nur unsere Existenz, sondern auch die Ehre der deutschen psychiatrischen Wissenschaft und, last not least, das Wohl der Kranken zu vertheidigen haben.

In einer Frage, der des psychiatrischen Universitätsunterrichts, berechtigen die Erklärungen des Cultusministers zu einigen Hoffnungen; der Minister sagte, vielleicht würde es gelingen, die Psychiatrie zu einem Prüfungsgegenstande für das Staatsexamen zu machen.

Sehr viel wichtiger aber — das scheint mir die Hauptlehre des Mariaberger Processes — ist die Auswahl, Vorbildung und menschenwürdige Stellung des Wartpersonals in den Anstalten. Die Psychiater selbst, die doch etwas von den physiologischen Bedingungen der Aufmerksamkeit und der psychischen Arbeit wissen müssen, können sich auf die Dauer nicht der Einsicht verschliessen, dass ein ununterbrochenes Zusammensein mit den Kranken bessere Elemente vom Wärterdienste abschrecken und die erreichbaren Elemente abstumpfen muss. Neben einer systematischen Vorbildung des Personals ist die Einführung eines Arbeitstages von noch zu ermittelnder Maximaldauer eine unabweisbare Forderung. Sollen wir uns diese Concession erst durch Wärterstrikes abringen lassen? Eine Steigerung der Arbeitsfrische und Arbeitsleistung würde sehr bald einer solchen Reform

folgen, so dass dann mit einem geringeren Präsenzstande dienstthuenden Personals gereicht werden könnte.

Wir dürfen uns den Anforderungen der Humanität nicht desshalb verschliessen, weil und wenn sie einmal für das viel geschmähte und kritisirte Wartpersonal an uns herantreten.

II. Bibliographie.

XXXIII) **Havelock Ellis**: Verbrecher und Verbrechen. Mit 7 Tafeln und Text-Illustrationen. Autorisirte, vielfach vermehrte deutsche Ausgabe von Dr. Hans Kurella.

(Leipzig, G. H. Wigand, 1894.)

Uebersetzer hat sich mit diesem vortrefflichen Buche von Ellis ein entschiedenes Verdienst erworben. Ich wüsste kein einschlägiges Werk zu nennen, das so kurz und klar die Verbrecheranthropologie schildert, wie das vorliegende. Dabei ist es geistreich geschrieben, und wenn Verf. auch keine eigenen Untersuchungen anstellte, so versteht er doch gut, das gegebene Material seinen Zwecken dienstbar zu machen. Sein Standpunkt steht dem von Lombroso nahe und bietet desshalb so manche Angriffspunkte für die Kritik dar.

Er hält zunächst, wie Lombroso, am instinctiven Verbrecher, dem reo nato, fest. Die Arten der Verbrecher, die Ursachen des Verbrechens werden beleuchtet. Das Milieu wird in seiner Bedeutung hervorgehoben. Dann wird eingehend und interessant eine Geschichte der Criminal-Anthropologie gegeben, woran sich Zusammenfassungen über die physischen und psychischen Merkmale der Verbrecherwelt anschliessen, im Ganzen hin Lombroso folgend. Vorsichtig beurtheilt Verf. die Verwerthung der Verbrechergehirne. Er glaubt, dass die Physiognomie oft characteristisch ist und die Verbrecher der verschiedenen Länder sich sehr ähneln, die Frauen oft einen männlichen Typus zeigen. Mit Recht sagt er weiter, dass es nicht immer leicht sei, den angeborenen und socialen Fehler im Verbrecher zu trennen. Die anamnestischen Momente werden erhoben, das Tätowiren als Atavismus abgelehnt, die im Allgemeinen stumpferen Sinne und Gefühle hervorgehoben. Mit der körperlichen Insensibilität hängt die psychische zusammen. Harmonie der Geisteskräfte fehlt, Dummheit und Schlauheit sind gern vereint; keine Vorsicht, keine Reue, Grausamkeit, Eitelkeit, Faulheit, Spielsucht, Aberglaube etc. sind einige der Eigenschaften des Verbrechers. Interessant ist der Einblick in das Rothwälsch, die Litteratur, Kunst und Wand- oder Buchinschriften der Verbrecher. Bei Pflanzen kann man nicht von Verbrechen reden, eher aber bei Thieren; bei Wilden ist nicht Alles als solches auszulegen. Verbrecher ähneln oft körperlich und geistig den niederen Rassen und das wurde so oft als „Atavismus" bezeichnet. Der echte Verbrecher zeigt schon früh Zeichen der sogenannten „Moral insanity"; oft ist er nur ein stehen gebliebenes Kind. Frauen werden seltener Verbrecherinnen; die Prostitution tritt quasi vicariirend hier ein. Huren ähneln mehr dem geborenen Verbrecher. Wichtig ist, dass Verf. die Verwandtschaft von Idiotie und Epilepsie mit Verbrechen abweist; nur Aehnlichkeiten bestehen zwischen ihnen.

Der moralisch Blödsinnige — dieser Ausdruck sei am besten auszumerzen — ist fast identisch mit dem des reo nato. — Glanzvoll ist das 6. Kapitel: die Behandlung des Verbrechens und hier muss man dem Verf. wohl unbedingt in Allem zustimmen. Er spricht gegen die Todesstrafe, verlangt die unbestimmte Strafe und probeweise Beurlaubung der Gefangenen, will specielle Schulen für Gefängnisswärter errichtet haben, das ganze Gefängnisswesen überhaupt verändert sehen, besonders nach dem glänzenden Muster von Elmira im Staate New-York. Das Zellengefängniss ist zu verwerfen, das Gefängniss soll ein „moralisches Hospital" sein. Die Bertillonage der Verbrecher ist überall einzuführen, die Richter sollten in „Verbrecherkliniken" Unterricht in der practischen Gefängnisskunde empfangen etc. Im Schlusskapitel werden noch weitere Desiderata geäussert und einige allgemeine Betrachtungen über das Verbrechen als solches angestellt.

Eingestreut sind im Text einige rudimentäre Figuren und dem Schlusse sind mehrere Tafeln, meist von Verbrechertypen, angefügt. Ein vortreffliches Sachregister erleichtert sehr das Lesen und last, but not least seien die reichlichen und interessanten Fussnoten des Uebersetzers noch speciell hervorgehoben. Dass endlich die Verdeutschung selbst sich vortrefflich liest und genau ist, braucht bei dem Namen Kurella wohl nicht erst gesagt zu werden, nur wären Fremdwörter mehr zu vermeiden gewesen.

Näcke (Hubertusburg).

XXXIV) **Havelock Ellis:** Mann und Weib. Anthropologische und psychologische Untersuchung der secundären Geschlechtsunterschiede. Mit Illustrationen. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. Hans Kurella. (Leipzig, Wigand, 1894.)

Anderweitig hat Ref. obiges Werk in der Originalausgabe ausführlich besprochen und daran die Hoffnung geknüpft, dass es bald übersetzt werde möge. Der Wunsch ist bald in Erfüllung gegangen und das Buch liegt uns jetzt in einer handlichen, kaum veränderten Form vor, in vorzüglicher und glatter Uebersetzung, wie eine sehr grosse Reihe von Stichproben belehrten. Dasselbe ist nach des Ref. Meinung das beste, was bisher über die Frau in anthropologischer und psychologischer Beziehung gesagt wurde und ragt weit über das ähnliche Buch von Lombroso, das es an Geist und feinem psychologischem Eingehen mindestens erreicht.

Natürlich kann hier im Rahmen eines Referates auch nicht entfernt nur die unendliche Menge von Thatsachen berührt werden, und so beschränke ich mich vor Allem auf dasjenige, was zunächst den Psychiater, Neurologen und Sociologen interessiren kann, auch hier nur Andeutungen gebend, die zu eifrigem Studium des Werkes einladen sollen

Interessant ist das Gegenüberstellen von Mann und Weib in anthropologischer, psychologischer und socialer Hinsicht. Das Hauptresultat, um dies gleich hier voranzunehmen, ist, dass Verf. das Weib nicht als „unentwickelten Mann" dargestellt wissen will, sondern als ein in seiner Art durchaus vollkommenes Wesen. Beide Geschlechter besitzen unentwickelte Organe und Functionen, die in dem entgegengesetzten zur Blüthe kamen. Das Kind hat, anthropologisch gesprochen, die meisten menschlichen Charactere an sich, ihm steht die Frau näher als der Mann. Das Genie, der höchste menschliche Typus, nähert sich wieder dem Kinde und die Cultur bringt

den Mann wieder dem Weibe näher. — Als Schädelcharacteristica lassen sich beim Weibe folgende im Allgemeinen anführen: 1. Glabella und Arcus supraciliares sind weniger hervortretend als beim Mann; 2. die Tubera parietalia und frontalia gewöhnlich deutlicher und 3. die Muskelansätze weniger prägnant und die Knochen schwächer und dünner als bei dem Manne. Weniger sicher ist die Stellung des Kopfindex. Nach einer neueren englischen Untersuchung waren die Männer viel brachycephaler als die Frauen. Grosse geistige Fähigkeit scheint häufiger bei Brachycephalie einzutreten und bei gleichem Umfange hat ein rundlicher Kopf mehr Inhalt als ein langer. Letzterer findet sich öfter bei Verbrechern, Irren, überhaupt Entarteten, ferner unter wilden, dunklen und ausgestorbenen Rassen. Die Entwickelung von der Urkultur zur Kultur geht von der Dolicho- zur Brachycephalie. Alveoläre Prognathie zeichnet ferner im Allgemeinen die Frauen (wenigstens europäische) aus. Die Schädelcapacität des Mannes ist grösser, als die der Frau, zugleich aber auch sein Körpergewicht und Körperlänge. Cleland fand keinen grossen Unterschied in der Grösse der Frontalgegend bei Mann und Frau, Manouvrier fand diese sogar grösser bei der letzteren, während der „Parietaltypus“ mehr männlich sei.

In Europa hat der Mann absolut ein schwereres Gehirn (Differenz 128—148,0), auch im geisteskranken Zustande nach Critchon-Browne, doch ist die Differenz hier etwas kleiner. Auch beim Vergleiche mit der Körperlänge ist das Hirn schwerer beim Manne, doch nur um ein Geringes, aber nicht mehr relativ des Körpergewichts. Ja, im Allgemeinen hat die Frau ein relativ grösseres Hirn als der Mann. Bei grossen Denkern prävaliren wahrscheinlich die grossen Gehirne, bei ausgezeichneten Thatmenschen dagegen scheint ein kleines Gehirn ebenso oft vorzukommen, wie ein grosses Das Gehirnwachsthum der Frau ist schneller, hört aber eher auf als beim Manne. Der Frontallappen ist bei beiden gleich, die Rolando'sche Furche bei der Frau eher grösser. Jedenfalls hat der Vorderlappen keine besonders hohe Function zu beanspruchen, ist er doch sehr gross bei den Anthropoiden, relativ auch beim Fötus und sehr gross bei Blödsinnigen. Der Mann hat scheinbar grössere Parietallappen, besonders der Hochbegabte, die Frau dagegen nach Cunningham einen grösseren Hinterhauptslappen, auch relativ grösseres Kleinhirn und Basalganglien. Aber principielle Unterschiede zwischen dem Gehirne beider Geschlechter giebt es nicht und keinem derselben kann geistige Superiorität zuerkannt werden.

Die Sinne zeigen sich bei der Frau im Allgemeinen scheinbar stumpfer. Das Volk verwechselt eben immer Sinnesschärfe mit der grösseren „Affectabilität“ der Frau, d. h. dem Vermögen einer schnellen und lebhafteren Reaction. Die Frauen haben wahrscheinlich geringeres Tastvermögen, noch geringer aber die Irren und die Verbrecherinnen. Bildung und Uebung spielen eine grosse Rolle. Die Schmerzempfindung ist angeblich beim Manne grösser, abhängig aber auch von Alter und Rasse. Frauen riechen schlechter, dagegen schmecken sie feiner nach Bailly und Nichols (ausser Salz). Uebung und Bildung sind hierbei von Bedeutung. Die Gehöruntersuchungen ergeben nichts Uebereinstimmendes, die der Sehschärfe scheinen keine grossen Unterschiede festzustellen, dagegen sind Männer öfter farbenblind, mehr die Ungebildeten, selten die Wilden, Imbecillen, Cretins

und Verbrecher, häufiger die Taubstummen. Erblichkeit ist wichtig, weniger Bildung. Es handelt sich hier um Defectbildung. „Farbiges Hören“ und Verwandtes ist dagegen sehr wahrscheinlich bei Frauen öfter als bei Männern. Die Schnelligkeit, Genauigkeit der Bewegungen, ebenso ihre Stärke, sind bei Frauen schwächer und ihre Handgeschicklichkeit soll nach den Meisten eine geringere sein.

Bezüglich der geschlechtlichen Intellectsunterschiede wissen wir noch wenig. Studentinnen hatten mehr concrete, Studenten mehr abstracte Ideen und letztere wählten mehr sich reimende oder alliterirende Wort (Jastrow). Das Gedächtniss der Frauen ist besser. Die Reactionszeit hängt sehr von der Bildung ab; Geisteskranke, besonders Idioten, zeigen eine sehr geringe. Gewöhnlich lesen Frauen schneller, ja hervorragende Männer sogar sehr langsam. Die Jugend liest schneller als das spätere Alter. Die Frau geht weniger tief in eine Sache ein, irrt sich daher öfter. Frauen der niederen Stände begreifen schneller als die Männer (Buckle), kleine Mädchen sprechen besser als Knaben und Stottern ist bei Frauen selten. Scheinbar entwickeln sich intellectuell die Mädchen schneller, werden aber (nach Riccardi) mit dem 16. Jahre von den Knaben überholt. Frauen scheinen in Industrie und Geschäften fleissiger, aber weniger intelligent zu sein, lassen bei Hochdruck der Arbeit leicht nach. Frauen erlangen selten ein selbständiges Urtheil, leisteten daher relativ wenig Grosses in der Wissenschaft, waren selten Religionsstifter, aber immer und überall gute Politiker. Kunstsinn ist geringer, ausser für das Schauspiel.

Gifte wirken oft verschieden. So afficirt Opium bei Frauen mehr die Haut, bei Männern mehr die Nieren (Trousseau und Pidout) und nach Quecksilber saliviren Frauen leichter. Männer vertragen besser Antimon (de Savignac) und Sulfonal, Frauen dagegen das Chloroform, schlechter dagegen Bleipräparate. Antipyrin wirkt schneller auf Frauen. Säuferwahnsinn ist fast nur bei Männern da, alcoholische Muskelparalyse dagegen seltener als bei Frauen.

Die Menstruation stellt nur den Climax von physiologischen monatlichen Curven im ganzen physischen und psychischen Organismus dar. Kurz vor deren Eintritt sind die Functionen am regsten: es steigen Puls, Temperatur, Arterienspannung, Geschlechtstrieb etc. Während der menses dagegen tritt ein Absinken ein, auch Gesichtsfeldeinschränkung; ferner grössere Irritabilität, Suggestibilität, Launenhaftigkeit, oft Migräne und Krämpfe, Eroto-Dipso-Kleptomanie; auch Irrsinn tritt hier gern ein. Verbrechen geschehen meist zu dieser Zeit, sehr oft auch Selbstmord, in Gefängnissen der „Zuchthausknall“. Psychosen werden durch den Monatsfluss verschlimmert. (Gilt aber nicht einmal für alle acuten Fälle, am wenigsten für die chronischen. Ref.)

Hypnotische Vorgänge sind nach dem Verf. solche, wo die Function der höheren geistigen Centren schwächer, die der niederen stärker auftritt. Schlafwandeln ist scheinbar öfter bei Frauen, die auch leichter zu hypnotisiren sind. Auch Ecstase, Katalepsie, Träume sind häufiger, ebenso (nach Jung) Hallucinationen, die schon gelegentlich bei Gesunden vorkommen, besonders nach geistiger Uebermüdung oder bei Genialen oder als Art von embryonaler hypnotischer Suggestion. Auch die Narcose der

Frauen verläuft oft anders als bei Männern. „Meteorologische Sensibilität" ist nach Beannis bei Weibern häufiger, besonders nervöse. Typisch für sie sind aber Neurasthenie und Hysterie, letztere in der Hauptsache ein psychisches Leiden mit der Suggestibilität als Hauptcharacter. Ueber die Häufigkeit der Hysterie geben Hospitalberichte nur ein unrichtiges Bild, da hysterische Männer mehr in den unteren, die hysterischen Frauen mehr in den oberen Ständen sind und das Leiden bei Ersteren viel schwerer ist. Verschiedene hypnotische Vorgänge weist auch das Sectenwesen auf, z. B. die „Tänzer" des 14. Jahrhunderts, die Camusarden (17. Jahrhundert), die russischen Skopzen u. s. f.

Die Emotivität („affectability") der Frau ist grösser, d. h. sie reagirt auf Alles schneller als der Mann. Körperliche Aenderungen, besonders der Blut- und Muskelbewegungen begleiten bekanntlich alle Gemüthsbewegungen. „Ohne Muskel keine Emotion", kann man sagen. Die Vasomotoren sind bei Frauen reizbarer, ebenso das Herz. Frauen erröthen, weinen, lachen leichter, die Mimik ist beweglicher, die Pupille und die Blase, die das feinste Aesthesiometer darstellt, reagiren viel prompter als beim Manne. Häufiger bei Frauen ist die folie à deux, seltener die Nostalgie. Furcht ist häufiger und erzeugt eher nervöse Leiden als bei Männern. Frauen sind auch reizbarer, daher schreien, schimpfen und protestiren sie mehr im Irrsinn als die Männer. Die Frau handelt schneller, erlahmt dafür aber auch leichter; sie arbeitet weniger gleichmässig, als vielmehr sprungweise. Die Emotivität ist aber nach der socialen Stellung verschieden und erziehbar, übrigens gegen früher (ebenso beim Manne) geringer geworden.

Selbstmord ist meist psychopathisch bedingt und seine Häufigkeit hängt von vielen Momenten ab. Die Frauen entleiben sich in Europa 3—4 mal seltener als die Männer, der Selbstmord tritt scheinbar auch überall eher auf, besonders oft in der Entwicklungsperiode. Die officiellen Statistiken haben aber wenig Werth. Männer lieben mehr active, Frauen passive Selbstmordmethoden, die übrigens mit den Zeiten wechseln. Im Allgemeinen nimmt die Neigung zur Entleibung jetzt bei Frauen ab.

Der Irrsinn fand sich in unserem Jahrhundert mit Ausnahme einiger Länder, häufiger bei den Frauen, doch ist dies wahrscheinlich nur ein Irrthum, da im Ganzen, wie man wohl sagen kann, mehr Männer als Frauen geisteskrank sind, in England dagegen besteht das umgekehrte Verhältniss. Unter den Anstaltsinsassen (Männern, Frauen) in England und Wales in den Jahren 1878—87 fand sich Erblichkeit bei Männern in 19%, bei Weibern in 22,1% vor, Lues als Ursache in 0,08% und in 0,2%. (Schon allein diese Zahlen zeigen, wie Ref. meint, den geringen Werth auch der von Ellis gegebenen Statistiken, wie z. B. ferner der Umstand beweist, dass 1889 in England Manie bei 46,1% M und 52,1% W., Melancholia bei 21,4% M. und 28,6% W. und „andere Formen", die die Paranoia und wahrscheinlich auch Paralyse einschliessen, bei nur 7,9% M. und 3,4% W. notirt sind. Mit Magnan und Anderen meint Ref., dass der grösste Theil der in den Statistiken überhaupt gerechneten Fälle von Manie — dasselbe gilt auch von der Melancholie — zur Paranoiagruppe gehört.) Manie scheint bei Frauen überall öfter aufzutreten als bei Männern, noch mehr aber Melancholie; auch die acute maniakalische Verwirrtheit ist häufiger,

ebenso die Paranoia, folie du doute und folie circulaire, seltener dagegen die ernsteren und unheilbareren Formen. Alcoholische Psychose und Paralyse nehmen aber jetzt bei den Weibern sehr rasch zu und Trunksucht verursacht grossentheils die Zunahme der Recividität unter den Verbrecherinnen.

Verbrechen. Sexuelle Unterschiede hier aufstellen ist noch schwerer und trügerischer als beim Irrsinn und Selbstmord. Allgemein angenommen ist aber, dass die Frau weniger zu Verbrechen neigt als der Mann; eher wird sie Prostituirte als Verbrecherin. Der sociale Factor beim Verbrechen ist wichtig und daher kommt es auch unter Anderem, dass die relativ meisten Verbrecherinnen sich in Schottland finden.

Die Tendenz zu Variationen auf körperlichem und geistigem Gebiete zeigen, wie schon bei Irren, die Männer ausgeprägter als die Frauen. Monstra aller Art sind häufiger männlich, ebenso bei Männern häufiger anzutreffen: Entwickelungsfehler, überzählige Glieder etc, Verkehrung der Eingeweide, Taubstummheit, Blödsinn, Cretinismus, Verbrechen, Irrsinn, Selbstmord, moralisches Irresein, sexuelle Abnormitäten und das Genie, die interessanteste und wichtigste psychische Abnormität. (Ref. hält mit den Meisten das Genie aber durchaus nicht für eine psychische Abnormität.) Ueberall sind die Frauen conservativer als die Männer.

Näcke (Hubertusburg).

XXXV) **Lombroso**: Die Anarchisten. Eine criminal-psychologische und sociologische Studie. Nach der 2. Auflage des Originals deutsch herausgegeben von Dr. Hans Kurella.

(Hamburg 1895. 139 Seiten.)

Obige Broschüre kann als interessante Lectüre nur empfohlen werden, mag man auch sonst gegen die Auffassung des Verf. so Manches einzuwenden haben.

Zunächst beleuchtet Verf. in grossen Zügen und wohl auch meist zutreffend unsere vielfache sociale Misère auf verschiedenen Gebieten, die es begreiflich machen, dass der Anarchismus entstehen konnte, der neben unmöglichen Forderungen doch hie und da ein Körnchen Wahrheit in seinen Theorien entwickelt.

Interessant ist Lombroso's Definition vom Verbrechen: „. . . Hauptbedingung dafür, dass eine Handlung antisocial, d. h. ein Verbrechen ist, ist, dass sie den Willen einer Minorität verwirklicht. Wenn erst die Majorität sie billigt, so wird sie zu einer normalen Handlung“. Der politische Verbrecher wird erst dann zum gemeinen, wenn ihm jedes Mittel, auch Raub und Mord, vollkommen recht ist, um sein Ziel zu erreichen. Revolution, als historische Vollendung der Evolution, ist erlaubt, dagegen nicht Revolte und Aufstand. Die meisten Rebellen und Anarchisten sind Verbrecher oder Verrückte oder beides. Beweise für das Verbrecherthum in der Anarchie werden gesucht, Biographien gegeben. Besonders am Anfange von Aufständen und Revolutionen machen sich Verbrecher bemerklich. Unter den politischen Verbrechern sind häufig gewisse neuropathische Zustände, die L. „politische Hysterie und Epilepsie“ nennen möchte, was des Näheren ausgeführt wird. Auch Geistesstörung findet sich nicht selten bei Anar-

chisten, z. B. bei Cola Rienzi, Ravaillae, Guiteau. Auch Mattoide kommen vor. Sehr merkwürdig sind die Morde, die einen Ersatz des Selbstmordes bilden, z. B. im Falle Nobiling's, Passanaute's etc. Eine eigene Klasse unter den politischen Verbrechern bilden die Leidenschaftsverbrecher mit ausgeprägtem Klassenhass, aber ohne anthropologischen Verbrechertypus und fast ohne Mitschuldige, und viele dieser Fanatiker waren tadellos in ihrer Lebensführung. Dahin möchte L. Caserio zählen. Ja Manche zeichnen sich durch besonderen Altruismus aus und nach Bourdeau sind die meisten Anarchisten „philanthropische Mörder". Neben diesem Altruismus besitzen dieselben nach L. als characteristisches Merkmal ferner und zwar noch mehr, den Philoneismus (der gerade der Menge abgeht), eng mit ihrer neuropathischen Veranlagung zusammenhängend. Ausser dem individuellen Factor spielen aber auch kosmische, ethnologische und wirthschaftliche Factoren bei Revolten etc. eine gewisse Rolle. Als Glanzpunkt der Broschüre möchte Referent das letzte Kapitel, das die Prophylaxe des Anarchismus behandelt, bezeichnen. Man kann sich hier mit dem Verf fast überall einverstanden erklären. Näcke (Hubertusburg).

XXXVI) Dr. **G. Brandenburg** (Augenarzt in Trier): Die Basedow'sche Krankheit.

(Leipzig. Verlag des Reichs-Med.-Anz. 1894. 136 S. Preis 3,60 M.)

Wenngleich die vorliegende Arbeit schon im Jahre 1892 entstanden ist, so hatte Verf. vor den anderen, das gleiche Thema behandelnden, umfangreicheren Arbeiten von Mannheim, Hirschberg und Buschan, den Vortheil voraus, dass er diese vor Drucklegung noch berücksichtigen konnte, was auf die Ansicht des Verf. nicht ohne Einfluss gewesen zu sein scheint. Der Brennpunkt der Arbeit liegt naturgemäss in dem Kapitel über die Pathogenese der Krankheit. Per exclusionem kommt Verf. hier zu der Annahme, dass eine functionelle Störung des dominirenden Vasomotorencentrums im verlängerten Marke, und zwar eine functionelle Lähmung der Gefässverengerer und des Herzvaguscentrums der Basedow'schen Krankheit zu Grunde liegen müsse. Gleichzeitig giebt er aber auch die Möglichkeit zu bedenken, dass diese Lähmung auf der Anwesenheit einer toxischen Substanz beruhen möge, für welche eine primäre Erkrankung der Schilddrüse anzuschuldigen sei. — Was den ersten Theil dieser Theorie betrifft, der bereits vor B. von verschiedenen Autoren als Erklärung versucht worden ist, so glaube ich, dass er nur einen geringen Theil der Krankheitserscheinungen zu erklären im Stande ist. Ich halte es zum mindesten für gewagt, den Haarverlust, die Vitiligo, die Abmagerung, die nucleären Muskellähmungen, das Fieber u. a. m. durch eine derartige Vasomotorenstörung erklären zu wollen. Verf. sieht auch selbst ein, dass dies nicht gut angängig ist und nimmt daher seine Zuflucht zu der Möglichkeit, dass alle diese oder ein Theil der angeführten Erscheinungen vielleicht durch ein Uebergreifen des functionellen Processes auf die entsprechenden Kerne und auf das centrale Höhlengrau des Hirnstammes entständen. Meiner Ansicht nach ist Verf. dadurch ebenfalls zu der Auffassung des Krankheitsbildes als Neurose bestimmter Hirnbezirke — denn functionelle Störung eines Nerven

und Neurose desselben besagen doch beide dasselbe — gelangt, eine Definition, die er „für keinen Fortschritt“ erklärt.

Wie weit der zweite Theil der Schlussfolgerungen B.'s, von der supponirten Einwirkung der Schilddrüse auf das Nervensystem, berechtigt ist, will ich hier nicht erörtern. Erfreulich ist wenigstens, dass Verf. die Operation des Kropfes als Heilungsmittel bedingungslos nicht empfiehlt. „Ich kann nicht finden“, lässt er sich aus, „dass sie der inneren Therapie so bedeutend überlegen ist, weder an Sicherheit, noch an Schnelligkeit des Erfolges. Und da auch trotz Vervollkommnung der Technik die Operation doch immer noch nicht ganz ungefährlich ist, so möchte ich doch auch dazu rathen, zur Operation nur dann zu schreiten, wenn in Folge der Lage und Beschaffenheit des Kropfes durch Compression der Luft- und Speiseröhre und der grossen Venenstämme eine unmittelbare Gefahr gegeben ist.“

Auch Verf. ist der Ansicht, dass alle Ursachen, die auf eine grössere oder kleinere Zahl der bei M. B. erkrankten Kerne oder die ausstrahlenden Fasern lähmend einwirken, ein Symptomenbild produciren, welches mit M. B. grössere oder geringere Aehnlichkeit haben wird.

Aus diesen kurzen Mittheilungen geht zur Genüge hervor, dass der Verf. mit seiner Ansicht gar nicht so sehr von der anderer Autoren differirt, wie er glaubt.

Da ich mich schon so lange bei dem Kapitel der Theorien über M. B. aufgehalten habe, muss ich mich über die übrigen Kapitel der vorliegenden Broschüre möglichst kurz fassen. Sie behandeln die Geschichte, Symptomatologie, pathologische Anatomie und die Behandlung der Krankheit.

Das Schriftchen ist gut durchgearbeitet, zeugt von vielem Fleiss und kritischer Urtheilskraft. **Buschan.**

XXXVII) **P. K. Pel** (Amsterdam): Myxödema. Sammlung klin. Vorträge von Volkmann. N. F. Nr. 123.

(Leipzig, Breitkopf & Härtel. 1895.)

Eine Zusammenstellung des Wissenswerthesten über Geschichte, Aetiologie, Symptomatologie, Prognose und Therapie des Myxödems. Das Hauptgewicht hat der Verf. auf den letzten Punkt gelegt. Er bespricht die verschiedenen Methoden der Anwendung der Schilddrüsenpräparate, ihre Dosirung, die auf sie hin sich einstellende Reaction bezw. Nebenerscheinungen und den daraus resultirenden Erfolg. Zum Schluss lässt er sich über die Substitutionstherapie im Allgemeinen aus. Er verspricht sich von dieser Methode eine grosse Zukunft, warnt aber zur Zeit noch vor Uebereilung und empfiehlt vorsichtige Versuche am Krankenbette.

Vier wohlgelungene Abbildungen (eigene Beobachtungen) illustriren deutlich den Erfolg der Thyreoidbehandlung in 2 Fällen (45jährige Frau mit Myxödem und 5jähriges Mädchen mit sporadischem Cretinismus).

Buschan.

XXXVIII) **Tebaldi:** Napoleone, una pagina storico-psicologica del genio. (Padova 1895. 168 Seiten.)

Es ist dankbar anzuerkennen, dass Verf. das Leben Napoleons psychologisch sezirte und seine Ausführungen muss man im Ganzen als wohlgelungen hinstellen. Wir sehen so recht, wie hier Individualität und Milieu sich vermählen, um den Welteroberer zu erzeugen. Er ist, nach der Meinung des Verfassers, kein irres Genie (genio pazzo), wohl aber ein desequilibrirtes (grande squilibrato). Nur Einiges aus dem interessanten Werkchen können wir hier kurz vosführen: Strittig ist der Ursprung der Familie, sie soll aus Florenz stammen. Der Vater Napoleons war Advocat in Ajaccio, libertin, schlau, Intrigant, Säufer und starb an Magenkrebs; die Mutter war energisch und herrschsüchtig. Viele dieser Züge zeigen sich deutlich in der Nachkommenschaft. Napoleons Leiche war 168 cm lang; die Spannweite und Körperlänge waren so gut wie gleich, der Kopfumfang 56 cm, die Beine relativ kurz. Wir besitzen kein absolut sicheres Bild von N., trotz unzähliger Darstellungen; noch unsicherer sind aber die Beschreibungen. Wir wissen nur, dass das Gesicht vorstehende Backenknochen, starkes Kinn, starke und schöne Zähne hatte, erst mager, später fett war und den italienischen Typus zeigte. N. war sehr empfindlich gegen Temperatur, Gerüche etc., gerieth schnell in Emotion, woran sich die Muskeln sehr betheiligten, hatte allerlei Tics, doch ist Epilepsie zweifelhaft. Sie wird von den Aerzten geleugnet, doch beschreibt Talleyrand einen selbst beobachteten epileptischen Anfall. Er litt viel an Hemicranie, Verstopfung, Kolik, Verdauungsschwäche, juckenden Erythemen etc., was immer schlimmer auftrat und ihn oft sehr in seinen Dispositionen störte, daher auch so manche diplomatische und strategische Fehler erklärlich sind. Er lebte sehr solid, alterte aber früh. Die Section ergab ausgedehnte Magenverschwärung; das Gehirn durfte leider nicht untersucht werden. Seine Disharmonie der Eigenschaften zeigt sich schon von klein auf: sein heller Verstand, aber stumpfes, ethisches Gefühl, besonders aber sein krasser Egoismus, dem Alles, sogar anscheinender Altruismus, dienen musste. Gross war seine Aufmerksamkeit, Schlauheit, Gedächtniss, Menschenkenntniss, sein Familiensinn, Willensstärke mit schnellem Umsatze in That, besonders aber der Egoismus. Er wusste die Schwächen der Franzosen auf das Schlaueste auszunutzen und hier, wie in anderen Ländern geschah nicht das Geringste, was er nicht angeordnet, nicht gewollt hatte. Durch ein fast suggestives, wunderbares Beherrschen seiner Soldaten hatte er ausserdem die Macht, seinen Willen durchzusetzen.

Näcke (Hubertusburg).

XXXIX) **Ladame:** De l'assistance et de la législation relatives aux alcooliques.

(Clermont-Ferrand 1894. 76 Seiten.)

Die ungemein fleissige und erschöpfende Darstellung obiger Frage gipfelt in folgenden Schlüssen: Prophylactisch ist wichtig die Kindererziehung, besonders die der verlassenen Kinder; dann die Verbesserung der Wohnung und Nahrung und was damit zusammenhängt. Temperenzgesellschaften sind zu gründen, da die Strafgesetzgebung allein nicht ausreicht. Besonders die kurzzeitigen Strafen sind von Uebel. Bei der Bekämpfung

des Alcoholismus kann das Gesetz mitwirken, wenn es Fälschungen der Spirituosen bestraft, ebenso Alle, die das Sich-Betrinken begünstigen, ferner, wenn es die Betrunkenheit in der Oeffentlichkeit, besonders an gewissen Orten, und strenger noch die Recidiven ahndet, endlich indem jeder Säuferwahnsinnige sofort in eine Heilanstalt gebracht werden muss. Der Trinker gehört in ein Asyl, steht während dieser Zeit unter Curatel und verliert die väterlichen Rechte. Das Nicht-Anerkennen von Trinkschulden ist eventuell nützlich. Steuern etc. allein nützen wenig, wenn sie nicht von Steuerbefreiung von Kaffee, Thee etc. begleitet sind, dagegen ist eine solche von Bier und Wein nutzlos. Abnahme der Zahl der Schankstätten g:ht nicht parallel einer solchen des Schnapsverbrauchs. Doch ist eine äusserste Einschränkung derselben, nebst anderen Mitteln, nützlich. Indirect wirkte ausgezeichnet das System von Gothenburg und Bergen; das Staatsmonopolsystem der Schweiz hat bis dato gute Resultate ergeben, indem es den Schnapsgenuss um 25 % herabsetzte und die Alcohole reinigte, doch ist dies System, wie auch das von Gothenburg nicht überall anwendbar. Es kann sich beim Monopol handeln um ein solches der Erzeugung, der Rectification und des Verkaufs des Schnapses, das für sich bestehen oder mit den anderen combinirt sein kann. Das totale (amerikanische) Prohibitiv-System ist an einigen Orten durchgeführt, doch ist es nur selten anwendbar. Trinkerasyle sind durchaus nöthig für frische und heilbare Fälle mit Zwangsaufenthalt von mindestens 6 Monaten, totaler Abstinenz und Arbeit. Geisteskranke, epileptische und verbrecherische Säufer gehören nicht in diese Asyle, sondern in eigene Anstalten, ebenso auch sollten specielle Anstalten für unheilbare Säufer errichtet werden. — Für die Geschichte aller gegen den Alcoholismus gerichteten löblichen Bestrebungen bietet der eingehende Bericht Ladame's eine wahre Fundgrube dar, ein Quellenwerk.

Näcke (Hubertusburg).

XL) **Penta:** I pervertimenti sessuali nell'uomo etc.
(Napoli 1893. 307 p.)

Obiges Buch bildet mit seinen vielen Beobachtungen eine erwünschte Ergänzung zu ähnlichen Werken. Freilich ist Verf. ein begeisterter Anhänger Lombroso's und spricht daher immer vom tipo criminale, reo nato, von Atavismus, von der moral insanity als eignen Krankheitsspecies und wird desshalb bei uns viele Gegner finden. Interessant aber und bestechend genug ist sein Versuch, die verschiedenen Geschlechtsperversionen, die er später eingehend behandelt, als Rückfälle darzustellen und zu diesem Behufe giebt er zuerst eine vergleichende Biologie der Geschlechtsliebe, d. h. er stellt sie phylogenetisch und ontologisch dar, nachdem er kursorisch die Geschichte der Perversitäten durchgeht und vor Allem gezeigt hat, dass durchaus nicht erst unsere Zeit sich durch solche auszeichnet, ja dass sie sogar früher viel ausgebreiteter waren, zumal sie fast sämmtlich an religiöse Riten sich anschliessen; der menschliche Geschlechtsact ist nur eine Erweiterung der Vereinigung von Sperma und Ovulums und diese wiederum stellt nur die Conjunction vieler Infusorien und Protozoen dar. Die Zellen zehren sich dabei auf, so dass der Zeugungsact, die conjunctio, ursprünglich ein Ernährungsact ist.

Die Berührung wird angenehm empfunden, was noch durch verschiedene Vorrichtungen vermehrt wird, so dass das Tastfühl das ursprüngliche Gefühl des Geschlechtssinns ist. Weiter tritt mit der libido oft Grausamkeit bei Thieren auf, nicht selten bei den Pervertirten. Der Ehe ging, wie bei den Thieren, die freie Liebe voranf und jene gründete sich auf den Begriff: Eigenthum und nicht Liebe. Wegen der ungünstigeren Nahrungsverhältnisse konnte bei den Thieren die Brunst nur periodisch auftreten, kurz, aber sehr heftig, oft grausam sein. Jede Degeneration, also auch die Geschlechtsperversionen, beruht auf Rückfall in thierische Zeiten; die in langer Zeit ererbten Culturschichten platten sich ab und lassen die thierische Natur immer mehr hervortreten. Alle Pervertirten sind hereditär belastet, auch äusserlich degenerirt, oft neuropathisch, oft halbirr (pazzesco) oder wirklich geisteskrank; die libido zeigt sich sehr früh und immer ist der Act eine Vereinfachung des menschlichen, dabei meist sehr heftig, mit der Tendenz, von einer einfachen Form in eine andere überzugehen. Den Stupratoren ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Sie haben keinen eigenen Typus und stehen anthropologisch zwischen den Pervertirten und den Verbrechern, haben aber meist noch mehr Degenerationszeichen. Es sind meist moralisch Irrsinnige, oft Geisteskranke, sehr oft gemeine Verbrecher. Auch sie stellen einen Rückschlag dar und sind, soweit nicht mehr besserungsfähig, in Anstalten für irre Verbrecher oder besser noch in Straf-Colonien zu bringen, Pervertirte dagegen in Irrenanstalten.

Näcke (Hubertusburg).

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

Anatomie.

264) **Michael Lapinsky**: Ueber den normalen Bau und über pathologische Veränderungen der feinsten Gehirncapillaren.

(Arch. f. Psych., Bd. XXVI, pg. 854.)

L. untersuchte nach der von Kronthal angegebenen Methode normale und pathologische Hirncapillaren und gelangte, namentlich hinsichtlich der Maassverhältnisse, zu einigen neuen Ergebnissen. Die normale Hirncapillare stellt sich dar als durchsichtiges, mattglänzendes, elastisches Röhrchen von einer Dicke bis zu 1,4 μ herab, und doppelt conturirter mit 2 Arten von Kernen, runden und länglichen, gesetzter Wand, die — entgegen der landläufigen Anschauung — ebenfalls aus Intima und Adventitia besteht, so, dass die elliptischen Kerne zu ersterer, die runden zu letzterer gehören.

Das Zahlverhältniss der Kerne stellt sich so, dass auf 120 μ Länge der feinsten Capillaren 1—2 lange und 1 runder Kern kommen, bei 4—5 μ dicken Capillaren 4 lange und 2 runde etc.

Die an 3 Fällen beschriebenen pathologischen Veränderungen sind nur zum Theil neu.

In 2 Fällen (Dem. paralytica und Hirnlues) fand sich Quellung und wellige streifige Verdickung der adventitia, Verengung, Verminderung

der Kerne, theils diffuse, theils knotige, theils faserige, Verdickung der Intima (Endarteriitis Heubner's u. A.) und Verengung des Lumens; im dritten Falle zeigte sich die Wand wellig verdickt, homogen gequollen und durch Farbstoffe nicht zu färben. Hellgelbe Färbung durch Jod und Resistenz gegen 33 % Kali causticum erwies die gefundene Veränderung als hyaline Entartung. E. Trömner-Heidelberg.

265) **Hösel** (Hubertusburg): Beiträge zur Anatomie der Schleifen. — Mit einem Schema.

(Neurol. Centralblatt 1894, Nr. 13.)

H. hat an einem Gehirn mit hämorrhagischem Herde gefunden, dass

1. die Fussschleife Flechsig's den von diesem Forscher auf entwicklungsgeschichtlichem Wege dargelegten Verlauf nimmt, sehr wahrscheinlich aber nicht direct, sondern nach Passirung oder Unterbrechung im Globus pallidus in der Insel endet;
2. dass auch die pathologisch anatomischen Untersuchungen betreffs des Verlaufs und der corticalen Endigungen der medialen Schleife den entwicklungsgeschichtlichen Resultaten nicht widersprechen;
3. dass die früheren Angaben über den directen, ununterbrochenen Verlauf der Rindenschleife sich bewahrheiten;
4. dass ausserdem noch ein vierter Bestandtheil der Schleifenfasern in der Haube verläuft, welcher im Thalamus opticus endet: Thalamusschleife. Hoppe.

266) **Henry Marcus** (Stockholm): Die Verwendung der Weigert-Pal'schen Färbungsmethode für in Formol gehärtetes Nervensystem.

(Neurol. Centralblatt 1895, Nr. 1.)

Die Härtung des Centralnervensystems in Formol, welche M. versucht hat, hat vor der Härtung in Müller'scher Flüssigkeit die Vortheile, dass die Härtung sehr rasch geht (2—4 Wochen), das Material nicht spröde und leicht zerreissbar wird und nicht schrumpft, während die veränderten und frischen Partien ungefähr dasselbe Aussehen behalten wie bei der Obduction, und die Veränderungen nur noch deutlicher hervortreten.

Es ist M. nun auch gelungen, die Weigert-Pal'sche Färbemethode auf die so gehärteten Präparate (zunächst von Tabes dorsalis) anzuwenden.

Von dem in $1/2\,\%$ Formol gehärteten Rückenmark wird ein $1/2$ cm dickes Stück auf eine Woche in Müller'scher Flüssigkeit in den Brütofen gelegt, dann bleibt es einen Tag in $95\,\%$ und einen Tag in absolutem Alcohol. Die Microtomschnitte kommen sofort wieder in Müller'sche Flüssigkeit (bis zu 1 Woche), werden dann rasch in Spiritus abgewaschen und 2 Tage in der Weigert-Pal'schen Hämatoxylinlösung liegen gelassen, worauf die Entfärbung und Differenzirung nach Pal vorgenommen wird. Die Färbung ist sehr distinct, besonders treten die Ganglienzellen und ihre Kerne sehr deutlich hervor.

M. glaubt, dass die Proceduren sich noch werden etwas abkürzen lassen. Hoppe.

2) Specielle Pathologie.

a) Gehirn.

267) **Wladimir Muratow** (Moskau): Ein Fall von carcinomatöser Metastase des Gyrus fornicatus.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 9.)

Die klinischen Erscheinungen bestanden in einer vorübergehenden rechtsseitigen Lähmung und einer mehr dauernden Herabsetzung der Sensibilität bei einer Frau, welche an Krebs des Mesenteriums litt. Im Gehirn fand sich auf einer Oberfläche der linken Hemisphäre eine nicht grosse circumscripte Geschwulst, welche fast den ganzen Gyrus fornicatus zerstört hatte, mit dem Balken verwachsen und nach hinten durch das Paracentralläppchen begrenzt war. Im Gebiete der Centralwindungen zeigte sich das ganze Cingulum zerstört und mit der carcinomatösen Neubildung umsetzt, im inneren Theil der Capsula interna degenerative Veränderungen. Im Gyrus fornicatus war die graue Rindenschicht normal, die Striae longitudinales zeigten ausgeprägte Degeneration. Einzelne Entartungen zeigten auch die radiären Rinden- und die Stabkranzfasern in der Nähe der Geschwulst. Die Lähmung und Sensibilitätsstörung ist nach M. durch Compression des Paracentralläppchens zu erklären und reflectorischer Natur. Die Entartungen im Stabkranz und der inneren Capsel hält M. nicht für secundäre Degeneration, sondern für mehr diffuse Veränderungen, während die Degeneration der radiären Rindenfasern als secundäre Folge der Herdläsion des Cingulum aufgefasst wird.

Hoppe.

---

268) **M. Bernhardt** (Berlin): Eine seltene Form posthemiplegischer Bewegungsanomalie.

(Archiv für Psychiatrie etc, Bd. 27, H 1. 1895.)

Den an sich seltenen Fällen posthemiplegischer Bewegungsstörungen fügt Verf. die Besprechung eines neuen hinzu, wo sich im Gegensatz zu früheren Beobachtungen die Krankheitserscheinungen nur an einer Extremität und noch dazu nur an einem Beine zeigen. Die Symptome bestehen in einem clonischen und tonischen Krampf vorwiegend der Beugemuskeln des rechten Fusses und der Zehen und einer tonischen Contraction des M. extensor hallucis longus, die den Fuss dauernd in equino-varus-Stellung halten, die grosse Zehe dabei dorsal —, die übrigen Zehen plantarflectirt. Die Art der Bewegungen will B. von den bei Chorea und Athetose auftretenden streng geschieden wissen. Aetiologisch ist für diesen Fall Syphilis nicht unwahrscheinlich, therapeutisch ist in 12 Monaten nichts erreicht worden. Die Erscheinungen erklärt Verf. sich so entstanden, dass alte Krankheitsherde im Gehirne in der Nähe befindliche unversehrte Fasermassen dauernd in einen Reizzustand versetzen.

Krug.

---

269) **A. Schüle** (Heidelberg): Ein Beitrag zu den acut entstehenden Ophthalmoplegien. (Aus der Nervenklinik der Königl. Charité zu Berlin.)

(Archiv für Psychiatrie, Bd. 27, H. 1, 1895.)

Verf. bespricht zwei Fälle acuter Ophthalmoplegien aus seiner Beobachtung. Beim ersten, für den ätiologisch Alcoholismus festgestellt ist,

zeigten sich klinisch die Symptome einer Ophthalmoplegia mixta incompleta centralis. Anatomisch fanden sich im Gegensatze zu den früheren Beobachtungen, wo die Veränderungen auf die Gegend um den 3. und 4. Ventrikel beschränkt waren, weitverbreitete atheromatöse Degeneration der grossen und kleinen Gehirngefässe, zahlreiche Hämorrhagien vom Beginn der Rautengrube bis unter die vorderen Vierhügel und ein grosser zusammenhängender Erweichungsherd im rechten Oculomotoriusgebiet. Den zweiten Fall, entstanden auf syphilitischer Grundlage, spricht Verf. mit mehr Wahrscheinlichkeit als eine äussere Lähmung an, entstanden durch ein basales, meningitisches Exsudat. Er zeigt sich combinirt mit den Erscheinungen, die im Anfangsstadium der Tabes auftreten. Doch liegt der Fall weniger klar und hätte, da auch keine anatomische Untersuchung vorgenommen werden konnte, wohl ebenso gut unveröffentlicht bleiben können.

Krug.

b) Rückenmark und Bulbus.

270) **Alfr. Stieda:** Casuistische Beiträge zur Pathologie des IV. Gehirnventrikels.

(Sep.-Abdr. aus der Festschrift, Th. Thierfelder gewidmet.)

Genaue histologische Untersuchung von 3 in Rostock zur Section gekommenen Affectionen des IV. Ventrikels nebst klinischen Bemerkungen. Während in den beiden Fällen, welche nicht unbedeutende Veränderungen in der Rautengrube aufwiesen (Cysticercus racemosus und Gliom) Poly- und Glycosurie vollständig fehlte, zeigte der dritte unter den ausgesprochenen Symptomen eines Diabetes insipidus verlaufene Fall eine vom Tentorium cerebelli ausgehende kleinapfelgrosse Geschwulst (Psammom), welche den IV. Ventrikel zwar comprimirte, jedoch keine histologische Veränderung an diesem und der Medulla hervorgebracht hatte. — Auf die auffallende Thatsache, dass bei Erkrankungen des Bodens des IV. Ventrikels der nach Analogie des Zuckerstichs erwartete Diabetes oftmals vermisst wird, hat schon Nothnagel hingewiesen. Nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen ist eine Uebereinstimmung zwischen den experimentellen Thatsachen und den anatomischen Befunden für den Gehirndiabetes nicht leicht herbeizuführen. Für die feinere Localisation werden weitere Experimente und fortgesetzte klinische Beobachtungen herangezogen werden müssen.

Mercklin.

271) **Gerhardt:** Ueber einen Fall von Rückenmarkstuberkel. — Vortrag in der Ges. der Charité-Aerzte 24.|I. 1895.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 22.)

Ein 38jähriger Schuster, welcher in den letzten Jahren wiederholt an catarrhalischen Beschwerden und Bluthusten gelitten hatte, begann August 1894 erst eine vorübergehende Schwäche der rechten Körperhälfte, dann plötzlich eine Schwäche der linken Körperhälfte, von der noch etwas zurückblieb. In der Charité wurde neben allgemeiner Prostration und Abmagerung, die auf eine rechtsseitige Lungentuberculose mit Cavernenbildung zurückgeführt werden konnte, eine ganz auffallende Abmagerung des linken Armes, leichte Beugecontractur am linken Ellenbogen, Abschwächung der motorischen Kraft und Ataxie im linken Arm und linken Bein constatirt. Die Sensi-

bilität war dagegen rechts und zwar in den verschiedenen Qualitäten verschieden stark geschädigt. Bewegungen des Kopfes, namentlich Rückwärtsbewegungen schmerzhaft. Später Schmerzen, die ringförmig den Schultergürtel umstrahlten und sich bis zum unteren Rande des Brustkorbes ausdehnten. In der letzten Zeit heftige von der Halswirbelsäule ausgehende und nach verschiedenen Richtungen ausstrahlende Schmerzanfälle. Die Diagnose wurde auf Rückenmarkstuberkel gestellt.

Die Obduction ergab ausser fortgeschrittener Lungentuberculose einen linsengrossen Tuberkel im rechten Occipitallappen des Gehirns und im Rückenmark einen kirschengrossen Tuberkel 7 cm unterhalb der Grenze zwischen Pons und Medulla, der die ganze linke und einen Theil der rechten Hälfte des Rückenmarks einnahm. Hoppe.

---

272) J. **Fajersztajn** (Lemberg): Untersuchungen über Degenerationen nach doppelten Rückenmarksdurchschneidungen.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 8.)

Die an erwachsenen und jungen Hunden vorgenommenen Untersuchungen ergaben folgende Resultate:

1. Die Mehrzahl der myelogenen Fasern gruppirt sich im V. S. (Vorderseitenstrang) und S. S. in eine ununterbrochen dorsalwärts sich verengende, die graue Rückenmarkssubstanz umgebende Schicht (innere Zone).
2. Die peripherische (degenerirte) Zone wird im dorsolateralen Theile durch das Hervortreten der RSB unterbrochen, welche schon im unteren Bruchtheil eine beträchtliche Partie der S. S.-Peripherie einnimmt. Höchst wahrscheinlich ist der Ursprung der RSB. in den Stilling-Clarke'schen Zellen zu suchen.
3. Die peripherische Zone führt in ihrem ganzen Bereiche ausser den RSB.-Fasern noch eine sehr grosse Anzahl myelogener Nervenröhren.
4. Die Mehrzahl der längeren myologenen Fasern wird im isolirten Rückenmarksabschnitt von dem degenerativen Processe betroffen; diese längeren Fasern (Gower'sches Bündel) breiten sich in der peripherischen Zone aus, während die kürzeren myologenen Fasern vorwiegend in der inneren Zone verlaufen.
5. Das centrale Feld der HSS besteht im Lendentheile zum grössten Theil aus myologenen Fasern, deren Ursprungszellen im Lendengrau liegen.
6. Die vordere Commissur besteht vorwiegend aus myologenen Fasern. Die Theilnahme der hinteren Wurzel am Aufbau des VC lässt sich mit Sicherheit ausschliessen.
7. In der hinteren Commissur verlaufen ausser den sensibeln Collateralen wahrscheinlich auch myologene Fasern.
8. Alle Fasern extraspinaler Bahnen sind mit Fasern myologener Herkunft innig vermengt; es giebt daher nach vollendeter Rückenmarksentwicklung keine reinen, ausschliesslich eine Fasergattung führenden „Systeme“.

Hoppe.

---

273) F. **Egger** (Basel): Ueber totale Compression des oberen Dorsalmarkes. (Aus der Klinik des Prof. Hitzig zu Halle.)

(Archiv für Psychiatrie etc., Bd. 27, H. 1. 1895.)

Verf. bespricht einen Fall von totaler durch ein Trauma entstandener Compression des Rückenmarkes in der Höhe des ersten Dorsalwirbels, der elf Jahre lang die Krankheitssymptome der Rückenmarksdurchtrennung darbot und dann zur Section kam, an der Hand eingehender klinischer Untersuchungsberichte, sowie der Befunde, die mit dem blossen Auge und durch das Microscop an frischen und gehärteten Präparaten der Medulla und der erkrankten Muskulatur gefunden wurden. In den Mittelpunkt der Erörterung stellt E. die Frage, wie das Fehlen der Patellarreflexe zu erklären sei, das bei derartigen hochgelegenen vollständigen Läsionen der Medulla spinalis nicht allzu selten ist. Bastian hatte sogar behauptet, dass das regelmässig stattfinde, und zur Unterstützung dieses Satzes die Theorie aufgestellt, dass die Reflexthätigkeit abhängig sei vom Einfluss sowohl des Grosshirns wie des Kleinhirns. Ersteres sollte nach den Reflexcentren hemmende, letzteres reizende Fasern senden. Da nun bei hoher Querläsion der Medulla die vom Kleinhirn herabsteigenden Fasern zerstört werden, müssten auch die Reflexe unterhalb der Läsionsstelle ausfallen. Während Verf. die anderen zur Lösung dieser Frage aufgestellten Hypothesen mit wenig Worten abthut, wendet er sich in langer Auseinandersetzung gegen Bastian, der mit seiner Theorie mehrfach Anklang gefunden hatte. E. vertheidigt dagegen die alten Gesetze der Physiologie, deren eines eine Steigerung der Reflexe unterhalb der Läsion bei blosser Quertrennung des Rückenmarks, deren anderes eine Veränderung der grauen Substanz in den Reflexcentren verlangt beim Erlöschen der Reflexe, und hält das Fehlen der Reflexe unterhalb der Läsion für eine durch das Trauma bedingte Lähmung in der Function der grauen Substanz, die, sofern sie lange anhält, durch trophische Störungen zu hochgradigen Veränderungen in der Muskulatur der unteren Extremitäten und dadurch weiterhin zum dauernden Verluste der Reflexe führen kann. Sofern Lähmung der Reflexthätigkeit unterhalb der Läsionsstelle statthat, ohne dass die Läsion durch ein Trauma oder ein ähnliches Ereigniss, wie z. B. durch das Zusammenfallen der Wirbel bei Carcinom derselben, bedingt ist, hält er die graue Substanz des Lendenmarkes für miterkrankt.

Der Fall ist noch dadurch interessant, dass sich elf Jahre nach Beginn des Rückenmarksleidens Geistesstörungen einstellten. Krug.

---

c) Periphere Nerven und Muskulatur.

274) Prof. A. **Vossius** (Giessen): Ein Fall von traumatischer Ophthalmoplegie mit Ausgang in Heilung.

(Beiträge zur Augenheilkunde, Heft XVI, 1894.)

Bei einem 17jährigen Menschen trat durch Stoss mit einer Cavallerielanze unterhalb des Auges sofort eine vollständige Ptosis ein. Die äussere Verletzung war ganz unbedeutend Bald darauf stellte sich nach Nahrungsaufnahme Erbrechen ein, sowie ziemlich rasch vorübergehender Kopfschmerz Bei der Untersuchung erwies sich ein etwas tieferes Eingehen des Fingers in die Augenhöhle in der Gegend der Trochlea, resp. Incisura supraorbitalis

bei Berührung des Knochens so schmerzhaft, dass er mit dem Kopf nach hinten auswich. Ein Krepitationsgefühl oder eine besondere Verdickung des knöchernen Orbitaldaches war nicht zu ermitteln. Der Bulbus war nicht protudirt; er war nach aussen abgelenkt und am unteren Umfang fand sich eine umschriebene, flache, subconjuncticnale Blutung, die erst nachträglich entstanden war. Das Auge war fast ganz unbeweglich, nur nach aussen war noch eine geringe Excursionsfähigkeit erhalten. Die Pupille mittelweit und vollständig reactionslos. Accommodation gelähmt. Sehschärfe nur 20|50. Augenhintergrund und anscheinend das Gesichtsfeld waren normal.

Ungefähr ein halbes Jahr später war die Ophthalmoplegie bis auf einen geringen Grad von Mydriasis, Accommodations und R. superior-Parese rückgebildet; auch das Sehvermögen wurde wieder normal.

V. nimmt an, dass eine Compression der Augenmuskelnerven ohne organische Veränderung oder Continuitätstrennung und eine Compression beider Optici durch einen Bluterguss vorhanden war und die Veranlassung dazu sei in einer Fissura des linken Orbitaldaches durch die Fissura orbitalis superior, eventuell die Canales optici zu suchen. Bach.

---

275) **Josserand** et **Nicolas**: Sur un cas de tuméfaction hèmilatérale de la face compliquant une paralysie faciale périphérique a frigore.
(Lyon médic. 1894, Nr. 7)

19jähriges Mädchen (ohne elterliche und persönliche Antecedentien) sieht bei einer Feuersbrust $^1/_4$ Stunde lang in der Nacht unbekleidet zum Fenster heraus und bemerkt am anderen Morgen ein Herabhängen und gleichzeitig eine Anschwellung der linken Gesichtshälfte.

Einen Monat später bei der Aufnahme folgender Status: Die ganze linke Backe hängt herab und ist in ihrer ganzen Dicke beträchtlich geschwollen. Trotzdem fühlt sie sich hart und elastisch an und zeigt auf Fingerdruck keine Delle; es handelt sich also nicht um ein eigentliches Oedem. Die Haut über derselben ist stärker geröthet als auf der anderen Seite und schmerzlos. Auch die beiden Lippen sind in hohem Grade angeschwollen und zwar bilateral, wenn auch links mehr als rechts. Das linke Ohr, ebenso die Augenlider sind normal. Die locale Temperatur beträgt über der linken Backe 36,8°, auf der rechten 36,1° C. (auf der Basis 36,5). Die Zähne sind gesund. Der linke vordere Gaumenbogen ist deutlich verdickt, die Mandel der gleichen Seite vorspringender als rechts. Fossæ nasales, Nasopharynx, Sinus maxillaris gesund. Die Zunge zeigt auf der gelähmten Seite keine Abnormitäten. Die Sensibilität über der ganzen linken Gesichtshälfte absolut intact. Die Paralyse des Facialis ist eine vollständige. Die electrische Untersuchung der Muskeln ergiebt partielle Entartungsreaction (die gelähmte Seite ist empfindlicher gegen Stromesschluss und Oeffnung, sowohl bei positivem als bei negativem Pol). — Einen Monat später war die Lähmung ziemlich geschwunden; es blieb noch eine leichte Anschwellung bestehen.

Es handelte sich in dem vorliegenden Falle offenbar um eine vasomotorische Störung und zwar, wie die Verfasser des ausführlichen darlegen, um eine Lähmung der im Facialis selbst verlaufenden Vasorenstrictoren.

Buschan.

---

276) **Pierre Marie et G. Marinesco:** Sur un cas d'hémiatrophie de la face et du membre supérieur avec paralysie faciale du même côté.
(Extrait des bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1895.)

Marie glaubt einen besonderen Typus der Hemiatrophia facialis gefunden zu haben. Der von ihm beobachtete Kranke zeigte nämlich ausser der Schrumpfung der befallenen (linken) Gesichtshälfte auch Ptosis und Störungen der Augenbewegungen. Auch war die Haut der betreffenden Seite weder atrophisch, noch waren die gewöhnlichen Pigmentverfärbungen vorhanden. Ausserdem bestand linksseitige Facialislähmung, Atrophie der linken Schulter und der linken oberen Extremität, welche in den Maassen gegen die rechte beträchtlich zurückblieb, sowie starke Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit in den atrophischen Gebieten.

Marie sondert wegen der erwähnten Differenzen von dem gewöhnlichen Befunde den Fall aus der Romberg'schen Gruppe aus und erklärt ihn für eine besondere Affection, vermuthlich des Sympathicus.

Jentsch-Giessen.

---

277) **v. Sölder:** Zur Kenntniss der Paramyotonia congenita (Eulenburg).
(Wien. klin. Wochenschr. 1895, 6, 7.)

Verf. bringt eine ausführliche Untersuchung von 3 Fällen von Paramyotonia congenita.

Fall 1 zeigte folgende Krankheitssymptome, die von Kindheit auf bestanden und die als hereditär bezeichnet werden, die jedoch mit vorschreitendem Alter an Intensität zunahmen und anfangs nur nach Kälteeinwirkung in die Erscheinung traten, später zum Theil permanent wurden. durch Kälteeinwirkung jedoch eine Exacerbation erfuhren. Motorische Schwäche der willkürlichen Muskulatur, Nachdauer willkürlicher Contractionen, auch Spontancontractionen, grosse Erschöpfbarkeit bis zur Functionsaufhebung, herabgesetzter Tonus, gesteigerte mechanische Erregbarkeit, verminderte electrische Erregbarkeit, träge Reaction auf mechanische und tetanisirende electrische Reize der Muskeln mit Neigung zu fortdauernden Contractionen nach Ablauf des Reizes, ausserdem bestand Hyperhydrosis, Schwindel, Flimmern vor den Augen.

Fall 2, Stiefbruder des Vorigen, zeigte dieselben Erscheinungen in schwächerem Grade, und zwar hat sich bei ihm das Leiden mit zunehmendem Alter gebessert. Er zeigt die krankhaften Erscheinungen besonders auch am orbicularis oculi.

Fall 3. Auch hier besteht die Störung seit frühester Kindheit und hat seitdem wenig zugenommen. Es bestehen Bewegungsstörungen und Schwäche der Muskulatur, besonders an der Augenmuskulatur nach Kälteeinwirkung, sodann Nachdauer der willkürlichen Contractionen, verminderte electrische Reizbarkeit.

Verf. hält die congenitale Ueberempfindlichkeit der Muskeln gegen Kälte und die transitorische Schwäche für die wesentlichsten Erscheinungen der Paramyotonie, während die spastischen Erscheinungen als complicirende myotonische Symptome (Myotonia cong. Erb) aufzufassen sind.

Durch vergleichende electrische und andere Untersuchungen an einem Gesunden, dessen Arm eine Viertelstunde in Eiswasser gehalten wurde,

stellt Verf. fest, dass der Unterschied der Frosterscheinungen am Muskel des Gesunden und des Paramyotonischen wesentlich nur ein quantitativer ist. Er schliesst sich der Auffassung Eulenburg's an, welcher eine reflectorische Verengerung der Muskelgefässe als Grund für die Kälteerscheinungen des paramyotonischen Muskels angiebt; bei dem letzteren müsste demnach eine besonders leichte reflectorische Erregbarkeit der Muskelgefässe angenommen werden. Lehmann (Werneck).

278) **Schultze**: Beiträge zur Muskelpathologie.
(Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Bd. VI, H. 1.)

I. Myokymie (Muskelwogen) besonders an den Unterextremitäten.

Ein 21jähriger Ackerknecht erkältete sich und bekam Schmerzen in der rechten Schultergegend, die auf ärztliche Behandlung verschwanden. Kurze Zeit darauf stellten sich starkes Gefühl von Müdigkeit und Zittern in den Beinen ein. Ausser häufigen Kopfschmerzen und mehrtägigem Durchfall nichts Abnormes. Bei der Untersuchung zeigte sich ein immerwährendes starkes Wogen besonders der Wadenmuskeln und der Adductoren der Oberschenkel, während die Quadricipites, die Beugemuskeln am Oberschenkel und die Peroneusmuskeln viel weniger betheiligt sind und häufig nur fibrilläre Zuckungen zeigen. An beiden Beinen besonders der Innenfläche der Oberschenkel stark erweiterte Venen. Rohe Kraft normal Bäder mildern das Wogen, Schweisssecretion ist häufig stark. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln und ihrer Nerven nicht erhöht, Muskeln nicht druckempfindlich und von normaler Consistenz; nirgends bei Druck oder Schlag Dellenbildung. Electrische Erregbarkeit der Muskeln und ihrer Nerven normal, nur die Gastrocnemii zeigen schon bei schwachen faradischen Strömen einen exquisiten Tetanus. Hirnfunctionen und Sensibilität normal. Reflexe, Blase, Mastdarm, Hautfarbe normal.

Unter Bettruhe und Anwendung warmer Vollbäder Heilung. Sch. schliesst in der Differentialdiagnose die amyotrophische Lateralsclerose aus wegen der mangelnden Rigidität der Muskeln, der mangelnden Muskelatrophie und der normalen Reflexe, ebenso die Alcoholneuritis, die Tetanie, die Thomsen'sche Erkrankung und die Neurasthenie. Es waren im Wesentlichen nur Muskelerscheinungen.

Bezüglich der Aetiologie hält er die Krampfadern nur für ein begünstigendes Moment, die Muskelanstrengungen nur für eine Gelegenheitsursache. Die Erkältung dafür heranzuziehen, geht wegen des starken Zurückliegens derselben nicht.

II. Zur Pathologie der progressiven Pseudohypertrophie und Dystrophie der Muskeln.

Sch. fasst in einem kurzen Aufsatze seine Erfahrungen nach der Beobachtung von 11 Fällen zusammen.

Nur bei 5 Fällen liess sich Geschwisterkrankheit nachweisen, Heredität konnte nie nachgewiesen werden. Es überwog bedeutend die Zahl der Kranken mit infantiler Pseudohypertrophie, nur bei 2 Fällen war die juvenile Form der Dystrophie vorhanden. Betreffs der Betheiligung der einzelnen Muskeln liess sich 2 mal eine Mitbetheiligung der Masseteren nachweisen,

einmal eine Macroglossie, einmal ein Mitergriffensein des ersten M. interosseus der Hände beiderseits, einmal zeigte sich eine starke Volumszunahme beider Serrati ant. maj. neben anderen Pseudohypertrophien und einmal eine sehr erhebliche Hypertrophie der Handmuskeln.

Die electrische Untersuchung zeigte nur einmal (im R. deltoideus) Entartungsreaction.

Fibrilläre Zuckungen wurden niemals wahrgenommen. Was den äusseren Habitus betrifft, so weist Sch. darauf hin, dass sehr häufig beim activen oder passiven Hochheben der Oberarme bis an den Kopf in der Achselhöhlengegend der Humeruskopf halbkugelig hervortritt, offenbar in Folge seiner mangelhaften Fixation.

Am M. deltoideus bemerkt man nicht selten ungleichmässige Atrophie.

Betreffs der geistigen Fähigkeiten wurde nichts Abnormes bemerkt, dagegen unter den 11 Fällen 5mal abnorme Schädelform, einmal eine Trichterbrust ohne sonstige sichere Zeichen der Rhachitis.

D a u b e r - Würzburg.

---

279) **M. G. Marinesco:** Contribution à l'étude de l'amyotrophie Charcot-Marie.

(Arch. de médecine expérim et d'anatomie pathol. Nr. 6, 1. Nov. 1894.)

Verf. hatte Gelegenheit, einen Fall von Charcot-Marie'scher Muskelatrophie (in Deutschland nach Hoffmann's Vorgange gewöhnlich progressive neuritische oder neurale Muskelatrophie genannt) anatomisch zu untersuchen.

Es handelt sich um einen schon von Charcot und Marie klinisch beschriebenen Fall, bei dem sich ausserordentlich langsam eine atrophische Lähmung mit EaR an den Endabschnitten der Extremitäten entwickelt hatte, verbunden mit Schmerzen und schwerer Beeinträchtigung der Sensibilität.

Die Autopsie ergab degenerative Veränderungen an den peripheren Nerven mit starker Vermehrung des Zwischengewebes und Degeneration der hinteren Wurzeln; im Rückenmarke Sclerose der Hinterstränge mit Freibleiben ihres vordersten Theiles und Sclerose der Lissauer'schen Randzonen, ferner theilweiser Schwund der Ganglienzellen und Fasern in den Vorder- und Hinterhörnern.

Die spärlich vorhandenen Sectionsbefunde von Charcot-Marie'scher Atrophie stimmen mit diesem Falle im Wesentlichen überein; ganz analoge Befunde zeigen auch zwei von Gombault-Mallet und Déjérine untersuchte Fälle, welche unter dem Namen Tabes infantilis resp. neurite interstitielle hypertrophique beschrieben sind.

Diese Fälle gehören nach des Verf. Ansicht sowohl ihrer anatomischen Befunde wie ihrer klinischen Symptome nach durchaus zu der Charcot-Marie'schen Amyotrophie. Wenn die Autoren sie davon trennten, so geschah dies besonders wegen des Vorhandenseins von sehr ausgeprägten Sensibilitätsstörungen. M. weist jedoch an der Hand der neuerdings publicirten Fälle von Charcot-Marie'scher Atrophie nach, dass Sensibilitätsstörungen in der Mehrzahl der Fälle bei dieser Krankheit zur Beobachtung kommen.

Was nun die Deutung des anatomischen Befundes anbetrifft, so ist M. der Ansicht, dass es sich nach der Art der Veränderungen weder um eine rein periphere Erkrankung mit consecutiven Veränderungen im Rücken-

mark (in Folge ascendirender Neuritis) noch auch um eine rein spinale Erkrankung mit secundärer Degeneration der peripheren Nerven handeln könne. Vielmehr seien sowohl die spinalen wie die peripheren Veränderungen als primäre aufzufassen.

M definirt die Krankheit als eine Erkrankung der directen motorischen und sensiblen Neurone (Vorderhornzellen und peripherische motorische Nerven einerseits und Spinalganglien mit sensiblen Nerven und Hinterstrangfasern andrerseits) und nimmt an, dass die auf der Basis einer erblichen Anlage entwickelte Schädlichkeit die genannten Neurone an ihrem Ursprunge und ihren Endabschnitten gleichzeitig befällt.

Mann (Breslau).

---

280) **Waldon Carter:** A case of myositis ossificans.

(The Lancet, 10. Febr. 1894, pg. 327.)

Ein 9jähriger Knabe ohne hereditäre Belastung und selbst von stets guter Gesundheit. Keine Klage über Schmerz oder Empfindlichkeit. Er hält den Kopf etwas steif und kann die Dorsal- und Lenden-Wirbelsäule nicht gerade strecken. Die Lumbarportion des Erector spinal. ist beiderseits in Knochen umgewandelt. In der hinteren Axillarfalte fühlt man unregelmässige bewegliche Massen, ebenso im Teres major; längs des Vertebralrandes des rechten Schulterblattes, nahe dem Winkel des linken Schulterblattes und in dem linken Trapezius. Ein Jahr später hatten die Knochenmassen beträchtlich zugenommen und es waren verschiedene neue Knochenspangen aufgetreten. Eine Abbildung ist beigegeben.

Wichmann.

---

d) Neurosen.

281) **C. S. Caverly** (Rutland, Ut.): History of an epidemic of acute nervous disease of unusual type.

(The Medic. Record, 1. December 1894.)

Verf. beschreibt das epidemische Auftreten und die Hauptsymptome einer acuten Erkrankung des Centralnervensystems (126 Fälle), die Jacobi auf Grund des ihm eingereichten Berichtes für cerebrospinale Meningitis hält; auffallend sei allerdings das häufige Vorkommen von Paralyse und die geringe Sterblichkeit, doch erkläre sich das wohl daraus, dass die Erkrankung mehr spinaler oder centraler Natur zu sein schien. Allen Starr dagegen, der 10 dieser Fälle sah, diagnosticirte eine Poliomyelitis anterior; zwar verliere in den vorliegenden Fällen das Krankeitsbild durch einige ungewöhnliche Symptome (Augenmuskellähmungen, Steifigkeit und Schmerz im Nacken) seinen typischen Character, doch liessen sich diese Symptome daraus erklären, dass sich in dieser Epidemie der congestive und entzündliche Process nicht auf den Bezirk der vorderen Spinalarterien beschränkte, sondern sich auch auf die hinteren Theile erstreckte. — Die mitgetheilten Fälle sind zum Theil so unvollständig mitgetheilt, dass der Leser sich kein Urtheil bilden kann, namentlich ist nirgends von einer electrisch-diagnostischen Untersuchung und ihren Resultaten die Rede. Voigt.

---

282) **Hugh. K. Alken** (Laurens S. C.): Epilepsy — at times a bladder reflex. (Epilepsie, zuweilen ein Blasenreflex).

(The Medic. Rec., 3. Nov. 1894.)

Ein kurzer Bericht über 3 Fälle, darunter ein von ihm selbst beobachteter, in welchem während eines Typhus ausgebrochene epileptiforme Krämpfe auf Entleerung der vollen Blase verschwanden. Ob in den beiden anderen wirkliche Epilepsie (in Folge von Blasenstein und chronischer Blasenengung durch irgend einen anderen Umstand) auftrat, ist aus der Mittheilung nicht zu ersehen. Voigt.

---

283) **Jolly**: Ueber traumatische Epilepsie. — Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte, 10./I. 1895.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 21.)

Bei einem 47jährigen Maschinisten stellten sich nach einem erheblichen Sturz, wobei er sich mehrere Kopfverletzungen zuzog, Anfälle von Krämpfen (nicht halbseitig) mit nachfolgender Verwirrtheit ein. Nach der Trepanation (bei welcher der Sinus longitudinalis verletzt wurde) wurden die Anfälle seltener, es trat aber spastische Parese der linken Körperhälfte ein mit Neigung zu Krämpfen im Bein, die im Extensor hallucis begannen und durch Herabdrücken der Zehen coupirt werden konnten. Nach einer osteoplastischen Operation nur zeitweiliger Nachlass der halbseitigen Erscheinungen. Da Patient potator strenuus war, glaubt J., dass es sich um eine durch den Alcoholismus vorbereitete, durch das Trauma zum Ausbruch gekommene functionelle Epilepsie handelt, zu welcher dann in Folge der ersten Operation Rindenepilepsie getreten ist.

In einem anderen Falle mit halbseitiger Parese und halbseitigen Anfällen, welche letztere durch Brombehandlung und nach Aufhören der Alcoholexcesse sehr selten wurden, während die Parese fortbestand, hat vielleicht auch ein Trauma, jedenfalls aber Alcoholismus mitgewirkt. Die Erfolge der Gehirnoperationen sind auch nach J.'s Erfahrung nicht so günstig, wie man anfangs gehofft hatte. Hoppe.

---

284) **M. Bombarda**: La conscience dans les crises épileptiques.

(Revue neurologique 1894, Nr. 23.)

Das Vorkommen epileptischer Anfälle mit mehr oder minder erhaltenem Bewusstsein ist eine schon lange bekannte, aber keineswegs allgemein beachtete und gewürdigte Thatsache.

Ein in jüngster Zeit in Frankreich veröffentlichter forenser Fall, in welchem ein Irrenarzt das Erhaltenbleiben des Bewusstseins irrthümlicher Weise neben anderen Umständen als Grund gegen die epileptische Natur von Anfällen geltend machte, veranlasste den Autor zur Mittheilung einer Anzahl von Beobachtungen, welche neue Belege für die erwähnte Thatsache bilden. Ein besonderes Interesse können nur 2 der mitgetheilten Fälle beanspruchen.

Ein 22jähriger Kranker mit verschiedenen Degenerationszeichen, welcher seit seinem 2. Lebensjahre an Epilepsie leidet und dessen Anfälle alle Merkmale der grossen Attaque darbieten (plötzliches Hinstürzen, lange dauernde Convulsionen, Schaum vor dem Munde, Zungenbiss, unwillkürlicher

Harnabgang etc.) erzählt spontan, dass es ihm während des Anfalls scheine, dass man ihn misshandle, schlage, an den Armen und Beinen zwicke etc. Dies ist die einzige Erinnerung, welche er von dem Anfalle behält. B. weist darauf hin, dass die von Epileptischen n ch Anfällen nicht selten erhobenen Klagen über Misshandlungen seitens des Wartpersonals auf ähnliche Illusionen während des Anfalles, von welchen verworrene Erinnerungen bleiben, zurückzuführen sind.

Bei einem 28jährigen Kranken, welcher seit 3 Jahren mit Anfällen behaftet ist, begann der erste von B. beobachtete Anfall mit Muskelzittern auf der rechten Gesichtsseite; fast zu gleicher Zeit wird das Gesicht nach rechts verzogen und der ganze Körper von einer raschen Convulsion ergriffen mit allgemeiner Halsstarre. Die Zuckungen sind von geringer Excursion; es ist mehr ein starker Tremor der starren Muskeln. Der Anfall verlief sehr rasch, nach Beendigung desselben sagte der Kranke: „Es ist vorüber" (c'est fini). Der Kranke fiel in diesem Anfalle nicht zu Boden; er hat aber auch Anfälle, in welchen er mit ausgestreckten Armen nach vorne fällt. Er erzählt spontan, dass er bei schwachen Anfällen aufrecht bleibt und die ihn umgebenden Personen erkennt; er hört deutlich, was man während des Anfalles zu ihm spricht, kann aber nicht antworten.

L. Löwenfeld.

285) **Janet**: Un cas d'hémianopsie hystérique.
(Arch. de Neurol. XXIX, 99.)

Zum Beweise, dass auch die Veränderung des Gesichtsfeldes abhängig ist von fixirten Vorstellungen (idées fixes) führt Janet einen äusserst interessanten Fall an, der gleichzeitig das Vorkommen einer reinen hysterischen Hemianopsie sicher stellt. Es handelt sich um eine seit langen Jahren von ihm beobachtete Hysterica, die Störungen des Gefühls, des Geruchs, Geschmacks und Gehörs auf der rechten Seite darbot und die jetzt neben — wohl auf das Climacterium zu beziehenden — Menstruationsbeschwerden darüber klagte, dass sie von allen Gegenständen nur die linke Hälfte sähe. Die Prüfung am Perimeter wies ausser einer beiderseits, rechts aber stärker als links, vorhandenen concentrischen Gesichtsfeldeinengung eine heteronyme Hemianopsie und zwar eine H. nasalis nach, ferner bestand starke Myosis rechts, die Pupille erweiterte sich bei Lichtabschluss nur unvollkommen, die Sehschärfe erschien gegen links wesentlich herabgesetzt, der Augenhintergrund war beiderseits normal. Schon früher hatten mannigfache Sehstörungen bestanden; so war schon längere Zeit vorher festgestellt, dass Pat. für gewöhnlich, namentlich aber, wenn sie, was leiht eintrat, ermüdet war, nur das eine und zwar das linke Auge zum Sehen benutzte und dass bei geschlossenem rechtem Auge rechts gelegene Gegenstände, die sich also in der inneren Gesichtsfeldhälfte des linken Auges befanden, zeitweise doppelt oder grösser gesehen wurden (Hemi-Diplopia und Hemi-Macropsia monocularis), während für das rechte Auge die gleichen Erscheinungen (Diplopia bezw. Macropsia monocularis) zeitweise im Gebiet des ganzen Gesichtsfeldes sich nachweisen liessen. Aus dem Beweise, den J. dafür antritt, dass gerade wie diese früheren Sehstörungen auch die jetzigen Gesichtsfeldveränderungen als hysterische Symptome aufzufassen scheinen, mag u. a. hervorgehoben werden,

dass J. der Kranken im somnambulen Zustand suggerirte, sie solle die Hand erheben, sobald sie ein Stück Papier an seiner Stirn sähe, und dass die Bewegung dann schon prompt erfolgte, sobald er das Papier an die rechte Stirnhälfte hielt, die angeblich gar nicht gesehen wurde. Wie im Einzelnen der Nachweis geführt wird, dass dieser anscheinend schwer erklärbare Gesichtsfelddefect nicht auf anatomischer, sondern auf psychologischer Ursache beruhe, und wie die bei der Kranken durch das Jahre lange Bestehen der rechtsseitigen sensiblen und sensorischen Ideen, dass sie rechts nichts fühle, höre, sehe, bezw. dass alle rechts von ihr gelegenen Gegenstände von ihr weder gefühlt noch gehört, gesehen etc. würden, unter dem begünstigenden Einfluss der durch das Climacterium gesetzten schwächenden Momente zu der geschilderten Hemianopsie führen müssten, mag in der Arbeit selbst nachgelesen werden.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

286) **J. Mitchell Clarke**: Clinical observations on hysteria.
(The Lancet, 13. u. 20. Mai 1893.)

Die sehr lesenswerthe, statistische Arbeit stellt einen Auszug aus einer grösseren Thesis „for the degree of M. D. dar“ und eignet sich nicht für eine Wiedergabe im Referat. C. hat die Untersuchungen von 70 Hysterischen benutzt. Seine Ergebnisse bestätigen die Forschungen der Charcot'schen Schule, die jetzt wohl überall anerkannt werden. Einige Abbildungen sind beigegeben.

Wichmann.

---

287) **Alex. Robertson**: The sequel of a published case of hystero-epilepsy.
(The Lancet, 28. Oct. 1893, p. 1052.)

Der Fall ist früher von Mc Call Anderson in The Lancet vom 12. Juli 1893 beschrieben. R. giebt jetzt die weitere Geschichte des hysterischen Mädchens, das wegen Irresein am 20. October 1879 in einer Irrenanstalt aufgenommen wurde, wo sie schliesslich 1892 an Phthise starb.

Wichmann.

288) **W. Gilman Thompson** (New-York): „A case of tetanus with demonstrations of the bacilli; treated with inoculations.
(The Medic. Record, 5. Januar 1895.

Der Fall wurde durch 5 Tage lang fortgesetzte Einspritzungen von $1/2$—1 cc. Tetanus-Antitoxin geheilt; die Bacillen wurden weder in der Umgebung der Wunde noch im Blute, sondern im Stiefel gefunden und zwar da, wo das die Verletzung setzende Instrument eingedrungen war.

Voigt.

289) **P. Just Navarre**: Observation de tétanos céphalique.
(Lyon médic. 1894, Nr. 5.)

56jährige Frau fällt vom Wagen und trägt 2 Wunden, eine leichte auf den Hinterbacken und eine stärkere, bis auf den Knochen gehende über dem rechten Auge davon. Nur augenblickliche Benommenheit. $1^1/_2$ Stunden später antiseptischer Verband. Wundverlauf, abgesehen von starken Schmerzen in der Gegend über den Augenbrauen, die ein fast tägliches Wechseln des Verbandes nöthig machten, ohne Zwischenfälle. Normale Temperatur, normaler Puls. — 9 Tage nach dem Unfall klagt die Kranke über eine gewisse

Gêne in der vorderen Halsgegend und beim Schlucken, am 11. Tage über Zunahme der Dysphagie und ein zusammenschnürendes Gefühl der Kinnbacken rechterseits, sowie über Unmöglichkeit, das rechte Auge zu schliessen, und Neigung des Kopfes nach rechts. Die fachkundige Untersuchung ergab: Deutlich ausgeprägte Facialisparalyse, Contractur der mm. temporales, masset pterygoid. int. (Trismus), desgleichen Contractur der Nackenmuskeln, der Sternomastoïdei und der Subhyoidei (daher Dysphagie; kein Spasmus der eigentlichen Oesophagusmuskeln). Pupillen ein wenig eng, indessen gut reagirend. Im Gesicht kein Oedem, oder Röthe, oder Sensibilitätsstörung. Diagnose Kopftetanus. Ordination: Bromkali, Chloralhydrat (sehr starke Dosen), Laxans, Ruhe, leichte Diät.

Am anderen Morgen 38,2^0 C., die 4 Tage sich ziemlich gleich hielt. Während dieser Zeit Zunahme der Schmerzen und Schluckbeschwerden. Am 17. Tage nach dem Trauma Verschwinden der Gesichtslähmung, Auftreten allgemeiner tonischer Zuckungen. Bewusstseinsverlust, Delirium, Stertor. Temperatur 39,6 bezw. 40,8^0 C., Puls 140. Tags darauf (18 Tag. nach Trauma, 10. nach Auftreten des Tetanos) unter Zunahme der tetanischen Anfälle des ganzen Körpers Exitus. Buschan.

---

290) **Edward Runge** (St. Louis, Mo.): A case of waiter's paralysis.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 4, April.)

30jähriger Restaurantkellner mit Beschäftigungsneurose. — Familiengeschichte bietet nichts Besonderes. Vor 7 Jahren Lues, 7—8wöchentliche specifische Behandlung. Seitdem keine Anzeichen von Lues. Mässiger Trinker. Bis dahin keine nervösen Erscheinungen.

Vor 12 Monaten, als er seine Beschäftigung als Kellner ausübte, gab sein linkes Handgelenk plötzlich ohne Ursache nach. Er hatte die Gewohnheit gehabt, volle Schüsseln und Teller auf dem linken Arme in seiner ganzen Ausdehnung von der Hand bis zur Schulter hinauf zu tragen; der Arm war dabei extendirt und supimirt, die Hand stark adducirt mit der Volarfläche nach oben. Der Kranke giebt an, dass, ohne dass er irgend welche Vorboten verspürt hätte, der Arm plötzlich Pronotionsstellung annahm, die Vola sich nach abwärts drehte und das Handgelenk nachliess, so dass die aufgeschichteten Schüsseln zu Boden fielen.

Die Untersuchung des Kranken ergab im Uebrigen ein negatives Resultat. Keine motorischen oder sensorischen Störungen. Coordination, Muskelkraft, Sehnen- und Hautreflexe normal. Keine Entartungsreaction. Keine Anzeichen für laterale Lues. Nur die rechte Pupille reagirte träge auf Lichteinfall.

Therapie: Am Anfange für kurze Zeit Strychnin; dann locale Galvanisation (3mal wöchentlich). Er konnte seine frühere Beschäftigung wieder aufnehmen; nur wurde er an sein Leiden insofern noch erinnert, als er Gefühl von Schwäche bei starkem fortgesetztem Arbeiten von einer Stunde und mehr Zeit verspürte. Buschan.

---

3. Therapie.

291) **Madison Taylor** (Philadelphia): Further report of operation for epilepsy seven years after complete recovery.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 4, April.)

$2^3/_4$jähriger Knabe fällt 15—18 Fuss herab und trägt eine Schädelfractur über der rechten Protuberantia parietalis davon. Gute Heilung der Wunde, keine Convulsionen. Bald darauf stellten sich leichte Spasmen ein, die mit einer Aura im linken Daumen und Zeigefinger begannen und auf diesen Arm beschränkt blieben. Dieselben kamen gelegentlich bis ungefähr zum 8. Jahre vor. Im 10. Jahre zeigten sich in der Schule bei angestrengter Aufmerksamkeit zum ersten Male Convulsionen, die mittelst Aura in den Fingern der linken Hand anfingen, bis zur Achselhöhle aufstiegen, die Mundmuskulaturergriffen und schliesslich in die linke Unterextremität hinabstiegen. Bei diesen Anfällen, die sich seitdem 1—2 mal im Monat wiederholten, blieb derKnabe bei Bewusstsein, fiel jedoch um. Zu Zeiten der heftigen Anfälle waren nach ihnen Arm und Bein (Motilität und Sensibilität) für 1—2 Stunden gelähmt.

Bei der Untersuchung des $13^1/_2$jährigen Knaben (1886) zeigte sich, dass ein $2^1/_2$ Zoll langer Knochendefect vorhanden war. An der hinteren Oeffnung dieser Knochenöffnung sass eine spitz zulaufende, elastische Knochenmasse, die bei leichtem Druck Schmerzen und bei länger fortgesetztem Druck Convulsionen veranlasste. Linke Hand und Arm in der Entwicklung etwas zurückgeblieben; Bein jedoch nicht. Patellarreflexe auf beiden Seiten gesteigert, Hypermetropie und leichter Astigmatismus mit Insufficienz der recti interni. Sonst nichts Abnormes.

Im März 1887 Oeffnung der Schädelhaut. Knochensplitter wurden nicht gefunden. Das elastische Knochenstück am hinteren Ende des Knochendefectes wurde abgezwickt. Dura blieb erhalten. — Schneller und guter Wundverlauf.

Im December 1894, also 7 Jahre nach dem operativen Eingriff, Status präsens: Absolut gesunder $21^1/_2$jähriger junger Mensch. Convulsionen haben sich nur noch einmal, bald nach der Operation gezeigt, seitdem nie mehr. Die Extremitäten functioniren vollständig normal. Keine Spasmen mehr. Linker Arm um $^3/_8$ Zoll, linke Hand um $^1/_2$ Zoll kürzer als die entsprechenden rechten Theile. Das ganze Glied auch verhältnissmässig geringer entwickelt. Linke Unterextremität schmächtiger als die rechte, jedoch in nicht stärkerem Grade als normal. — Intelligenz hat in ihrer Weiterentwicklung keine Einbusse erfahren.

Buschan.

292) **Mikulicz** (Breslau): Ueber Thymusfütterung bei Kropf und Basedow'scher Krankheit.

(Berlin. klin. Wochenschrift 1895, Nr. 16.)

Die Erfahrungen, welche auch M. bestätigen kann, dass die Schilddrüsenfütterung einerseits den raschen Rückgang von Kröpfen herbeiführt und andrerseits bei Myxödem heilend wirkt, lassen sich beide nur dadurch erklären, dass die Schilddrüsenfütterung mittelbar auf den Kropf wirkt, indem die Schilddrüse functionell entlastet wird. Damit steht jedoch im Widerspruch, dass auch nach Aussetzen der Schilddrüsenfütterung der Heileffect wochen- und monatelang bestehen bleiben kann.

M. hat nun, von der Annahme ausgehend, dass es nicht derselbe, sondern 2 verschiedene oder höchstens verwandte Stoffe sind, welche beim Myxödem und beim Kropf die wunderbare Heilwirkung hervorbringen, die Thymusfütterung wegen ihrer nahen Verwandtschaft mit der Schilddrüse bei Kropf und Morbus Basedowii versucht. Nach dem bisher in 11 Fällen (10 reiner Kropf, 1 Morbus Basedowii) erzielten Resultate ist der Erfolg bei Thymusfütterung derselbe oder wenigstens ein ähnlicher wie bei der Schilddrüsenfütterung.

Die 10 Kropfkranken standen im Alter zwischen 13 und 28 Jahren, 8mal lag diffuse Hyperplasie vor, 2mal bestanden isolirte Kropfknoten. Bei einem 14jährigen Mädchen schwand die diffuse Hyperplasie in 14 Tagen vollständig, 6mal trat eine sehr erhebliche Verkleinerung ein, 2mal war innerhalb 2—3 Wochen ein unbedeutender, einmal gar kein Erfolg zu constatiren. Es genügten wie bei der Schilddrüsenfütterung 2—3 Wochen, um ein Urtheil über den Erfolg zu gewinnen.

Von den 11 Kranken kamen 6 wegen meist hochgradiger Athemnoth in die Klinik. In 5 dieser Fälle trat eine so wesentliche Besserung ein, dass die beabsichtigte Operatinn unterlassen werden konnte. Nur in einem Falle kam es doch nachträglich zur Operation.

Die anfängliche Gabe von 10 - 15 g rohen Hammelthymus, die dreimal wöchentlich fein gehackt auf Brod verabreicht wurde, wurde allmählig bis auf 25 g gesteigert, ohne dass eine schädliche Nebenwirkung beobachtet wurde.

Das Fehlen der Nebenwirkung scheint die Behandlung mit Thymus vor der Thyreoidfütterung auszuzeichnen. In einem Falle traten nach Thyreoidfütterung schwere Zufälle (schwere Angst mit Gesichtsröthung, Herzklopfen, Kopfschmerzen, Schwindel) ein, während hier die Thymusfütterung vorzüglich vertragen wurde und einen ausserordentlichen Erfolg hatte. Auch in dem Falle von langjähriger Basedow'scher Krankheit (welche erfahrungsgemäss durch Schilddrüsenfütterung Verschlimmerung erfährt) hatte die Thymusfütterung (innerhalb 6 Wochen wurden 375 g eingenommen) eine auffallende Besserung besonders des subjectiven Befindens zur Folge, während der Kropf (bei der 44jährigen Person!) sich nicht wesentlich verkleinerte.

Nach M. ist nicht zu bezweifeln, dass die specifischen chemischen Bestandtheile der Schilddrüse und Thymus wenigstens zum Theil wesentlich von einander abweichen. Daher ist auch wanrscheinlich ihre Wirkung nicht identisch, wenn sie auch einen ähnlichen Einfluss auf den Kropf zeigen. Zur weiteren Aufklärung werden Fütterungsversuche von Thymus bei Myxödem nothwendig sein. Hoppe.

---

293) **A. Eulenburg** (Berlin): Zur chirurgischen Epilepsiebehandlung, namentlich zur Casuistik der Rindenexcisionen bei idiopathischen Epilepsien. — Vortrag in der Hufeland'schen Gesellschaft 7.|III. 1895.

(Berlin. klin. Wochenschrift 1895, Nr. 15 u. 16.)

Während die Operationen, welche die Beseitigung epileptogener Krankheitsreize in entfernten peripherischen Organen (Reflexepilepsie) anstreben, wenig bleibende Ergebnisse zu zeitigen vermochten, beanspruchen die Opera-

tionen an der Schädelkapsel, um die bei der Krankheit unmittelbar betheiligte Grosshirnrinde direct zu beeinflussen, einen wesentlich höheren Werth.

Was zunächst den tiefsten Eingriff, die Rindenexcision (bei genuiner Epilepsie) betrifft, so hat dieselbe bei 9 von Chipaul zusammengestellten Fällen zu einem längeren Aussetzen der Anfälle (auf 7 Monate) geführt, während in den übrigen Fällen der Litteratur der Erfolg viel geringer, zum Theil sogar negativ war. Grösser war der Erfolg in einem Falle, über welchen E. selbst zu berichten im Stande ist.

Die Anfälle blieben vom Operationstage über 7 Monate lang gänzlich aus. Dann haben jedoch die nächtlichen Anfälle sich wieder einzustellen begonnen, wenn auch noch in geringer Zahl und von verhältnissmässig kurzer Dauer. Denselben gehen jetzt sehr heftige Schmerzen im rechten Arm, sowie tonisches Zucken der rechten Gesichtshälfte voraus.

Wirkliche Heilungen sind also mit der Rindenexcision bisher nicht erzielt worden.

Viel häufiger werden die weniger eingreifenden Operationen, die Eröffnung des Duralsacks ohne Rindenexcision, die Craniectomie oder selbst die blosse Incision der Weichtheile gemacht.

E. verfügt betreffs jeder dieser Operationen über einen eigenen Fall.

Die Eröffnung des Duralsacks ohne Rindenabtragung wurde an einem 51jährigen Brauereibesitzer ausgeführt, der seit 1½ Jahren an Anfällen von partieller Epilepsie des linken Armes und Beines litt, welche zu einer Parese der linken Körperhälfte mit beginnender Atrophie der linken Handmuskeln geführt hatte; ausserdem bestanden Hypästhesie in der linken Gesichtshälfte, Speichelfluss, Pulsbeschleunigung, fortschreitende Amblyopie, doppelseitige Stauungspapille und zeitweise Zucker im Harn. In der letzten Woche hatte sich eine hühnereigrosse weiche Hervorwölbung in der rechten Temporo-Parietalgegend entwickelt, die offenbar von einer die Knochen durchwachsenden Geschwulst herrührte. Die Operation ergab ein von der Dura ausgehendes Gliosarcom, das ohne Schwierigkeiten enucleirt wurde. Am Tage nach der Operation erfolgte unter Somnolenz der exitus letalis. In der Schädelhöhle frischer, subduraler Bluterguss, Gehirn ohne gröbere Veränderungen.

Die grosse Mehrzahl aller Operationsfälle wegen Epilepsie bildet die Craniectomie als temporäre osteoplastische Resection, welche namentlich bei der sogen. traumatischen Epilepsie geübt wird.

Der von E. beobachtete Fall betraf einen 42jährigen Arbeiter, welcher vor 3 Jahren durch den Fall eines Tannenzapfens aus sehr bedeutender Höhe gerade auf den Scheitel eine mit Bewusstlosigkeit verbundene Kopfverletzung erlitten hatte. Seit dieser Zeit häufige epileptische Anfälle mit vorwiegender Betheiligung der rechten Körperhälfte, Sensibilitätsverminderung rechts, Kopfschmerzen, Gedächtnissschwäche, Steigerung der Sehnenphänomene. Bei der Trepanation, die April 1891 ausgeführt wurde, wurde nur eine Depression der Weichtheile, dagegen keine Fractur am Schädel gefunden. In den nächsten 4 Wochen blieben die Anfälle aus, stellten sich seitdem aber wieder mit erneuter Heftigkeit ein, um nach einem Jahre immer schwächer zu werden.

Zum Schluss theilt E. noch einen Fall von epileptoiden Krämpfen (mit Kopfschmerzen, Schwindel, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Angstanfällen) bei einem Neurastheniker mit, wo die blosse Durchschneidung der Weichtheile Besserung herbeiführte. — Er ist geneigt, der Suggestionswirkung den Hauptantheil des Erfolges zuzuschieben.

Betreffs der Indication zur Operation hält E. die strenge Scheidung zwischen traumatischer und idiopathischer Epilepsie einerseits und zwischen Jackson'scher und allgemeiner Epilepsie andrerseits nicht für gerechtfertigt und zweckmässig, zumal eine solche Scheidung in sehr vielen Fällen kaum möglich ist. Alle tragen den Character der „Rindenepilepsie". Die Operationsfrage muss von Fall zu Fall und auf Grund gewissenhafter Prüfung aller Einzelbedingungen, also individuell entschieden werden. Hoppe.

---

294) **Hallager:** Un cas de trépanation pour épilepsie.
(Arch. de Neurol. XXIX, 93.)

Ein unverheirathetes junges Mädchen, das, abgesehen von Chlorose, bisher im Wesentlichen gesund gewesen war, erkrankte plötzlich im Alter von 22 Jahren an motorischer Aphasie und Parese des rechten Arms, zu der sich bald darauf auch eine Lähmung des rechten Beins hinzugesellte; gleichzeitig traten epileptiforme Krämpfe auf. Nach einigen Wochen verschwanden die Paresen und auch die Sprache wurde, nachdem noch kurze Zeit Alexie bestanden hatte, wieder normal. Da die Anfälle wieder häufiger wurden, kam die Kranke $3^1|_2$ Monate nach Beginn des Leidens in die Behandlung von Hallager, der damals keine deutliche Lähmung constatiren konnte. Die Anfälle verliefen stets derartig, dass als Aura ein kribbelndes Gefühl im rechten Arm sich bemerkbar machte, dann traten Zuckungen im rechten Arm auf, Pat. wurde bleich, verlor das Bewusstsein, die Zuckungen wurden allgemein und es entwickelte sich ein typischer epileptischer Anfall, der von kurz dauernder Benommenheit begleitet war. $^3|_4$ Jahre später liess sich eine leichte Parese des rechten Arms, sowie ein mässiger Grad von Gedächtnissschwäche nachweisen; der Augenbefund war normal. Behandlung mit Bromkali hatte keinen Erfolg. Es wurde nun die Diagnose auf eine circumscripte Erkrankung in der Gegend der Grenze des oberen und mittleren Drittels der linken vorderen Centralwindung, des Armcentrums, gestellt und deren Richtigkeit durch die im April 1894, ca. $^5|_4$ Jahre nach Beginn der Krankheit, vorgenommene Trepanation bestätigt, bei der wenige Millimeter unter der Rinde der betreffenden Gegend eine haselnussgrosse, mit zerfallenen Blutmassen gefüllte Cyste gefunden und entfernt wurde. Die Heilung ging prompt von Statten. 4 Wochen später bekam Pat. wieder 2 Anfälle von gleichem Typus wie vor der Operation, erhielt dann wieder Bromkali und ist seitdem, seit 3 Monaten, anfallsfrei. Die rechte Hand ist leicht paretisch geblieben.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

295) **Buschan** (Stettin): „Der gegenwärtige Standpunkt der Electrotherapie; ihre Anwendung, ihre Wirkung und ihr Werth in der Nervenheilkunde“.

(Therapeut. Monatshefte 1895. H. 1—3.)

In der wesentlich für practische Aerzte geschriebenen Abhandlung setzt Verf. überzeugend und klar auseinander, dass hauptsächlich 3 Factoren dazu beitragen, die Electrotherapie (namentlich in den Augen der practischen Aerzte) in Misscredit zu bringen:

1. Die ungenügende wissenschaftliche und practische Ausbildung der Aerzte auf dem Gebiete der Electrotherapie;
2. das Operiren mit einem mangelhaften Instrumentarium;
3. die Behandlung von ausgesucht ungeeigneten Fällen.

Dass in der That gar mancher Misserfolg der electrischen Behandlung auf einen dieser 3 Punkte, oft genug auf alle drei zurückzuführen ist, weiss jeder Nervenarzt. Es ist daher gewiss nicht vergeblich, dass B. dem practischen Arzte Alles das kurz und bündig darlegt, was zur Erreichung eines guten electrotherapeutischen Erfolges nothwendig und wissenswerth ist. — Von Interesse auch für den Nervenarzt ist das, was B. über die Wirkungsweise der Electricität auf den menschlichen Organismus sagt: in Bezug auf die meisten Sätze, welche er gegen die Annahme einer nur suggestiven Wirkung der Electrisation anführt, wird man dem Verf. unbedingt zustimmen müssen. — Am Schlusse seiner Abhandlung führt Verf. kurz die Nervenkrankheiten an, in denen von der electrischen Behandlung Erfolg zu erwarten ist: auch hier decken sich seine Ansichten mit denen der meisten anderen Electrotherapeuten.

Voigt-Oeynhausen.

---

296) **W. S. Hadley:** The insomnia of Neurasthenia.

(The Lancet, 10. Juni 1893.)

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles, der nach vergeblicher Anwendung aller anderen Mittel schliesslich erfolgreich mit Galvanisation (Bäder und durch den Kopf) behandelt wurde.

Wichmann.

---

297) **Regnier:** Cas de chorée de Sydenham rapidement guérie par les bains électrostatiques

(Arch. de Neurol., XXIX, 99.)

Im Verlaufe eines acuten Gelenkrheumatismus mit Endocarditis erkrankte ein 9jähriges Mädchen, dessen Mutter und Tante an Chorea gelitten hatten, ebenfalls an schwerer Chorea: die Zuckungen ergriffen den ganzen Körper und verschonten auch die Schluck- und Kehlkopfmuskulatur nicht. Die Anwendung electrischer Bäder führte schon nach wenigen Tagen wesentliche Besserung und nach ca. $2^1/_2$ Monaten völlige Heilung herbei.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

298) **G. Manley Ransom** (New-York): Neurasthenia — its cure by thermotherapie.

(The Medic. Record, 23. März 1895.)

Verf. geht davon aus, dass die eigentliche Ursache der Neurasthenie in Unregelmässigkeiten des vasomotorischen Nervensystems liege, die wahrscheinlich auf Uebererregung des Centralnervensystems beruhten; es entstände durch Contraction der kleinsten Blutgefässe in bestimmten Theilen Ischämie und in Folge davon ungenügende Ernährung und Erschöpfung. Warme Douchen und warme Bäder seien daher in Fällen von Neurasthenie weit vernünftigere Heilmittel als die hier gewöhnlich angewandten Kaltwassercuren. Zum Beweise der günstigen Erfolge der Thermotherapie theilt Verf. eine Reihe von Fällen ausführlicher mit.

Voigt (Oeynhausen).

---

299) **Labit**: Du vertige de Menière. Société française d'otologie et de laryngologie.

(Bericht in Semaine médic. 1894, Nr. 29.)

In der Mehrzahl der Fälle von Menière'schem Schwindel beruht derselbe auf einer plötzlich sich einstellenden Blutung oder Exsudation ins Labyrinth, die hier eine Reizung oder Compression der Nervenendigungen des Acusticus und der Ampullennerven herbeiführt. Auf die günstigen Erfahrungen hin, die man bei pleuritischen und peritoncalen Exsudaten durch subcutane Anwendung von Pilocarpin oft erzielt hat, versuchte L. das gleiche Medicament bei diesen Exsudationen ins innere Ohr. In drei Fällen von Menière'schem Schwindel, die er dementsprechend mit Pilocarpin subcutan behandelt hat, trat eine grosse Besserung ein. — L. giebt somit dieser Behandlungsweise vor den anderen mit Jod, Chinin, Electricität etc. den Vorzug.

Buschan.

---

300) **D. Campbell Black**: The treatment of epilepsy.

(The Brit. med. Journ., 6. Jan. 1894.)

B. hat in einem schweren Fall von Epilepsie durch eine Vereinigung von Bromkali mit Belladonnatinctur und Monobromcampher guten Erfolg gehabt.

Wichmann.

---

301) **Thos. F. Raven**: Myxœdema treated with thyroid tabloids.

(The Brit. med. Journ., 6. Jan. 1894.)

Eine 65jährige Frau litt seit 20 Jahren an Myxödem, das, wie die Photographie zeigt, sehr hochgradig war. Sie wird von der Krankheit in ein paar Wochen durch Gebrauch von Schilddrüsentabletten befreit.

Wichmann.

---

302) **Alex. Robertson**: Observations on the action of the brain of the sheep in diseases of the central nervous system and mind.

(Brit. med. Journ., 16. Dec. 1893, p. 1319.)

R. hat mit Extract von rohem Schafsgehirn Versuche bei einer Anzahl von Kranken angestellt. Er gab ihnen das Mittel innerlich. Drei der Kranken besserten sich erheblich und zwar 2 Melancholische und ein Fall von Myelitis. Die anderen Fälle von einfacher chronischer Manie, Paranoia, Bulbärlähmung, allgemeiner Paralyse und Tabes wurden nicht gebessert. Die Besserung in dem einen Fall von mehrjähriger Melancholie ist beachtens-

werth. (Die Versuche sollten einmal an einem grösseren Material einer deutschen Irrenklinik consequent und längere Zeit hindurch wiederholt werden, damit man einmal ein abschliessendes sicheres Urtheil über diesen Zweig der Organotherapie gewinnt Es ist bedauerlich, dass man sich in Deutschland a priori hiergegen verschliesst. Die Therapie der Psychosen und organischen Nervenkrankheiten könnte sehr wohl noch etwas Aufbesserung vertragen. Referent.) Wichmann.

---

303) **Heubner**: Die Lumbalpunction nach Quincke. — Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte 1.|XI. 1894.
(Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 13.)

H. bespricht an der Hand zweier Fälle von Hydrocephalus chronicus die Bedeutung der Quincke'schen Punction, welche bei diesen Fällen von entschiedener palliativer Wirkung war. Im ersten Fall handelt es sich um einen $1^3/_4$jährigen Knaben, welcher im Alter von $^1/_2$ Jahr mit Krampfanfällen erkrankte, und während der Kopf sich immer vergrösserte, die gewöhnlichen Erscheinungen des Hydrocephalus zeigte. Dem Kinde wurden am 29. August 60 ccm, am 6. September 40 ccm und am Tage der Vorstellung ungefähr ebensoviel entzogen. Nach jeder Punction besserte sich das Befinden, die Theilnahme wurde grösser, die Nahrungsaufnahme ergiebiger.

Der zweite Fall betrifft einen Knaben, der October 1891 mit Kopfschmerzen, Krämpfen und einer allmählig zunehmenden Verschlechterung des Sehvermögens erkrankte, die bis Weihnachten zur völligen Erblindung führte (Neuroretinitis mit Sehnervenatrophie); er zeigte damals auch eine Facialisparese rechts und steifen Gang. Während die Amaurose bestehen blieb, besserte sich das übrige Befinden, bis October 1894 ein neuer Schub mit sehr heftigen Kopf- und Ohrenschmerzen erfolgte; beim Gehen hing der Knabe nach der rechten Seite über. Am linken Scheitelbein zeigte sich eine circumscripte Stelle ausserordentlich druckempfindlich. Nach der ersten Punction, die 20 ccm Flüssigkeit mit 0,6% Eiweiss entleerte (also keine entzündliche Flüssigkeit) besserte sich das Befinden ausserordentlich. Die heftigen Kopfschmerzen waren ganz verschwunden, kehrten aber nach einiger Zeit wieder. Auch nach der zweiten und dritten Punction besserten sich die Kopfschmerzen und das Allgemeinbefinden in einer überraschenden Weise. Noch einige Male traten Pausen besseren Befindens ein, dann versagte die Wirkung der Punction, so dass die Diagnose einer Hirngeschwulst immer sicherer wurde. Der Knabe ging schliesslich zu Grunde und die Section ergab eine Kleinhirngeschwulst mit consecutivem sehr hochgradigem Hydrocephalus.

H. hat die Punction, die er für einfach und ungefährlich hielt, bisher in 15 Fällen vorgenommen, wovon 11 auf tuberkulöse Meningitis fallen. Bacillen hat H. in der wasserhellen Flüssigkeit nie gefunden. Wenn auch durch dieselbe keine Heilung erzielt wird, so kann man doch lindernd wirken, indem man Erscheinungen, wie unstillbares Erbrechen, heftige Convulsionen, sehr heftige Kopfschmerzen beseitigt.

Hoppe.

B. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie.

304) **John Bullen** (Wakefield): A review of the influence of reflex and toxic agencies in the causation of insanity and epilepsy.

(The Journ. of ment. science 1895, April, Nr. 137.)

Verf. versucht eine concinne Zusammenstellung der in der Litteratur vorhandenen Erfahrungen über den Einfluss der toxischen Schädlichkeiten und der Reflexe auf die Entstehung von Geisteskrankheiten und Epilepsie zugegeben. — Er bespricht die Beziehungen, die zwischen Geisteskrankheit einerseits und Nervenshock, Kummer, Ueberanstrengung, Bright'scher Krankheit, Lithiasis, rheumatischem Tetanus, verschiedenen Erkrankungen der Beckenorgane, insbesondere septischen Processen derselben, Puerperalfieber, Involutionen des Uterus andrerseits bestehen und schreibt das Zustandekommen der psychopathischen Zustände in allen diesen Fällen der Einwirkung von Toxinen, im Besonderen von Autotoxinen, zu. Er erwähnt auch die Versuche der verschieden Autoren, das Vorhandensein einer toxisch wirkenden Substanz in den Organsäften, zumeist im Harne, der Geisteskranken und Epileptischen nachzuweisen, deren Resultate sich indessen widersprechen. — In gleicher Weise berührt B. den Zusammenhang zwischen Epilepsie und Intoxication.

Im zweiten Theile seiner Abhandlung beschäftigt B. sich mit den Reflexursachen der Geisteskrankheiten und der Epilepsie. Er bespricht den ätiologischen Zusammenhang zwischen Refractionsanomalien des Auges und Epilepsie, zwischen Retinal- resp. Choroidalleiden und Hallucinationen, zwischen Ohrkrankheiten und Epilepsie, sowie Psychosen, zwischen Nasen- und Kehlkopfaffectionen und Epilepsie, zwischen Erkrankungen der Zähne, sowie Störungen in den männlichen Genitalien und psychopathischen Zuständen u. a. m. **Buschan.**

---

305) **H. Bristowe** (Somerset and Bath Asylum, Wells): The relationship between general paralysis and chronic renal disease.

(The Journ. of ment. science 1895, April, Nr. 137.)

B. hatte beobachtet, dass Nierenerkrankungen bei Geisteskranken, insbesondere bei Paralytikern ein überaus häufiges Vorkommniss sind. Eine daraufhin angestellte Untersuchung der im Somerset and Bath Asylum obducirten Fälle ergab, dass von 688 verstorbenen Geisteskranken 380 = 55,87 % mit Nierenleiden behaftet waren, und dass von 75 Paralytikern nur 9 = 12 % frei oder wenigstens scheinbar frei davon waren, von den restirenden 66 = 88 % 51 eine deutlich ausgeprägte Granularniere, 15 eine solche geringeren Grades besassen.

Diesen, zweifelsohne zwischen Erkrankungen der Nieren und allgemeiner Paralyse bestehenden, Zusammenhang sucht B. auch zu erklären. Zu diesem Zwecke hat er das Verhalten der Gefässe von solchen Kranken, die an hochgradiger Nierengranulose gestorben waren, sowie das der Gefässe von Paralytikern eingehend studirt. Dabei stellte sich heraus, — die Einzelheiten mögen im Original nachgesehen werden —, dass eine auffällige Uebereinstimmung in dem Verhalten der Blutgefässe bei granulirter Neire und allgemeiner

Paralyse besteht. (Verdickung der Arterienwände, im Besonderen der mittleren und äusseren Schicht, Zunahme der Anzahl der Zellennuclei, rundliche Gestalt derselben u. a. m.)

B. giebt 3 Möglichkeiten über diesen Zusammenhang zwischen allgemeiner Paralyse und Nierenleiden an. Die erste wäre die, dass eine primär bestehende chronische Nierenkrankheit die Ursache für die arterielle Blutdrucksteigerung sei, und dass diese zu einer Transsudation durch die Gehirncapillaren und einer allgemeinen Dickenzunahme der Arterienwände führe, sowie dass die weiteren Störungen die Folgeerscheinung der Transsudation und Verdickung wären. Diese Annahme sei aber nicht haltbar, da in einzelnen Fällen von Paralyse eine Erkrankung der Nieren nicht nachweisbar war. — Eine zweite Möglichkeit würde darin bestehen, dass beiden Krankheiten, der Nierengranulose und Paralyse, eine arterio-capilläre Fibrosis zu Grunde liege. — Auch die dritte Möglichkeit nimmt eine gemeinsame Ursache beider Krankheiten an, die die Gefässe angreife. Es könnte dieses ein Gift sein, dessen Natur noch unbekannt ist.

Der Verfasser vermag nicht, zwischen diesen beiden Möglichkeiten zu entscheiden. Er hält die letzte Annahme für die wahrscheinlichste. — Im Anschluss hieran ventilirt er noch die Frage, ob die paralytischen Convulsionen etwa urämischen Ursprunges sein könnten. Für einzelne Fälle will er diese Möglichkeit zugeben; für die Mehrzahl der Fälle zieht er sie jedoch in Zweifel. Buschan.

---

306) **Hillenberg** (Nietleben): Beitrag zu der Symptomatologie der progressiven Paralyse und Epilepsie.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 8 u. 9.)

Zur Untersuchung wählte H. 60 ganz sichere Fälle von Paralyse (48 Männer, 12 Frauen).

Von diesen zeigten mehr oder weniger vollkommene Analgesie des Ulnaris 55 d. h. 91,6 %, während von ebenso viel Patienten mit anderen Psychosen 50 d. h. 83,4 % normal reagirten, also fast das umgekehrte Verhältniss zeigten (Cramer fand ähnlich 90 % Paralytiker analgetisch, 79 % anderer stumpfer Kranker normal reagirend).

Bezüglich der anderen Sinnesqualitäten ergaben sich nur bei 17 Paralytikern brauchbare Resultate, die mit denen anderer Autoren ziemlich übereinstimmen.

Die cutane Schmerzempfindung schien intact bei 6 = 35,2 % Patienten, mehr oder weniger herabgesetzt bei 11 = 64,7 %.

Der Tastsinn war erhalten in 13 = 76,4 %, gestört in 4 = 35,6 % Fällen.

Der Muskel- und Gelenksinn war intact gleichfalls in 13 = 76,4 % Fällen.

Der Ortssinn erwies sich als ziemlich normal in 11 = 64,7 %, der Temperatursinn ergab eine Störung in 4 = 11,7 % Fällen.

Von übrigen Symptomen zeigte sich unter 46 Paralytikern das Romberg'sche Symptom deutlich bei 24, in leichtem Grade bei 5 (im Ganzen bei 29 = 63,5 %), während es bei 11 = 24 % fehlte.

Die Patellarreflexe waren gesteigert bei 14 = 34,3 %, beiderseits fehlend bei 14 = 34,3 %, beiderseits abgeschwächt bei 4, einseitig abgeschwächt bei bei 2 (im Ganzen bei 6 = 13 %), einseitig fehlend bei 1, von mittlerer Stärke bei 8 = 17,4 %.

Gleiche Pupillen fanden sich in 22 Fällen = 55 % und zwar mittelweite (4—5 mm), 13 mal = 28,2 %, verengerte (2—3 mm) 8 mal = 17,3 %, ungleiche Pupillen in 18 Fällen = 45 %.

Die Reaction auf Licht fehlte beiderseits bei 20 = 45,5 % (darunter 50 % mit Pupillendifferenz), beiderseits beeinträchtigt bei 12 = 29,5 % (darunter Pupillendifferenz in 30,7 %), einseitig verändert bei 4 = 9,09 % (darunter 50 % Pupillendifferenz), erhalten in 15,9 % (mit 28,5 % Pupillendifferenz). Die reflectorische Pupillenstarre war am häufigsten mit fehlenden Kniephänomenen combinirt, in zweiter Linie kam erhaltene Pupillenreaction und gesteigertes Kniephänomen.

Bei 37,5 % war die Reaction auf Accommodation erhalten, während sie in 17,5 % fehlte.

Störung der Lichtreaction und der Accommodation war combinirt in 38,4 %, während sich doppelseitige Starre auf Licht und Accommodation nur in 14,2 % zeigte.

Die consensuelle Reaction ergab doppelseitige Reactionslosigkeit bei 30 %, Beeinträchtigung des einen Auges in 22 %, beiderseitiges Erhaltensein in 20 %. H. fand zwei Fälle, wo bei Fehlen der Reaction auf Licht consensuelle Reaction vorhanden war.

Die sensible Reaction fehlte in 55 %, während sie in 12,5 % erhalten war. —

Die Untersuchung von 53 (meist relativ intelligenten) Epileptikern (26 M., 27 F.) auf das Ulnarissymptom ergab Analgesie des Ulnaris bei 76,9 % der Männer und 74,07 % der Frauen (zusammen 75,4 %). Auch das cutane Gefühl zeigte sich bei den Epileptikern in der grossen Mehrzahl gestört. H. glaubt, dass die Ulnarisanalgesie auch für Epilepsie differentialdiagnostisch in Betracht kommen kann, wenn sich Paralyse ausschliessen lässt.

Hoppe.

---

307) **Umberto Stefani** e **Luigi Scabia**: Intorno al decorso dell'azione dell'atropiva sulla frequenza del polto nelle varie psicopatie.

(Reggio nell'Emilia 1895.)

Die Verfasser stellten eine Reihe Versuche an, ob die Art der Reaction des Organismus auf ein bestimmtes eingeführtes Medicament für die verschiedenen Psychosen etwa typisch sei. Sie wählten hierzu das schwefelsaure Atropin in subcutaner Application ($1^1/_3$—$1^1/_2$ mgr pro Injection) und seine Wirkung auf das Herz. Nach anfänglicher geringer Herabsetzung der Pulsfrequenz pflegt das Ansteigen der letzteren unter normalen Verhältnissen sich in 5—10 Minuten einzustellen. Es ergab sich nun, dass bei Maniakalischen und Melancholikern mit starker emotioneller Störung dieses Steigen der Atropincurve schon viel früher, etwa nach 3 Minuten begann, während die stuporösen Formen eine erhebliche Verspätung im Anwachsen der Pulsfrequenz aufwiesen (ca. 16 Minuten). Auf der Höhe der Krankheit schien die Vermehrung der Pulsfrequenz oft besonders stark zu sein. Nach starken Exacerbationen wurde dagegen in der folgenden Remission oder Reconvales-

cenz ein auffallend niedriger Curvengipfel und eine auch sehr kurze Dauer der Atropinwirkung constatirt.

Die Raschheit in der Erreichung der höchsten Pulsfrequenz und die Dauer der gesammten Einwirkung wäre also der Ausdruck für die veränderte Reizbarkeit oder für veränderte Stoffwechselthätigkeit in den betreffenden Nervenmechanismen. Jentsch-Giessen.

---

308) **Rod. Fronda**: La secrezione lattea protratta in alcune alienate.
(Il Manicomio moderno X, 1894, Nr. 3, S. 360.)

Fr. berichtet über 10 Fälle von protahirter Lactation bei Geisteskranken der Irrenanstalt Nocera Inferiore. Mit einer Ausnahme (Lypemania agitata) handelte es sich um erregte Kranke; bei allen hielt die Lactation, ohne dass ein äusserlicher Saugreiz bestand, nach der Geburt noch mehrere Jahre (in einem Falle bis zu 10) an und gleichzeitig bestanden die Regeln, sowohl der Qualität als auch der Quantität nach normal, fort.

Verf. weist die Annahme zurück, dass etwa Erotismus (Tribadie, Kitzeln der Warzen etc.) oder fortgesetzt absichtliches Ausdrücken der Milch oder übertriebene Affectivität der Mutter für ihr Kind (Einfluss des Gemüthes auf den Sympathicus) eine so lang anhaltende Function der Brustdrüse verursacht haben könne. Er glaubt vielmehr, dass diese mit dem Erregungszustande der Kranken im Zusammenhange stehe. Er erinnert an die Beobachtung, dass die Secretion im Allgemeinen bei Geisteskranken alterirt, bei Maniakalischen gesteigert, bei Melancholischen vermindert zu sein pflegt, und im Besonderen an die Untersuchungen Christiani's und Tamburini's, wonach bei gesteigerter Hirnthätigkeit, also auch bei Geisteskranken, Speichelfluss als eine Folge der gleichfalls gesteigerten Sympathicusfunction eintrete. Einen ähnlichen Vorgang glaubt Fr. auch in den vorliegenden Fällen annehmen zu dürfen, dass also die lang hingezogene Lactation ein Zeichen, resp. eine Folge der allgemein gesteigerten Nerventhätigkeit der excitirten Geisteskranken (Vasomotorenstörung in Folge von gesteigerter Sympathicusfunction) vorstellt. Er weist ausserdem noch darauf hin, dass seine sämmtlichen 10 Kranken deutliche somatische und psychische Degenerationszeichen aufweisen. Buschan.

---

309) **Dom. Venta**: Il colera negli alienati.
(Il Manicomio moderno, X, 1894, Nr. 3, S. 331.)

Verf. hatte zusammen mit Dr. Fumo im September und October 1893 Gelegenheit, die Entwicklung und den Verlauf einer Cholera-Epidemie in der Irrenanstalt zu Nocera zu beobachten und im Besonderen den Einfluss dieser Krankheit auf die einzelnen Formen der Geisteskrankheiten zu studiren. Von 840 Insassen wurden von der Epidemie 96 befallen (darunter 53 mit tödtlichem Ausgange) und zwar 15 Wahnsinnige (frenastenici), 30 Demente, 25 Epileptiker, 2 Paralytiker, 15 Maniaci, 3 Melancholiker und 6 Paranoiker.

Im Allgemeinen fanden die Autoren, im Gegensatz zu den Beobachtungen von Camuset, dass der Paroxysmus der acuten Krankheit keinen sonderlichen Einfluss auf die psychopathischen Zustände (Agitation der Maniakalischen, Depression der Melancholischen, Apathie der Dementen und Delirium der Paranoischen) äusserte, nur bei den Maniakalischen und

Agitirten zeigte sich eine Depression ausschliesslich während der Periode des Collapses und vor der Agone. Bei einem guten Theile der Kranken, eingeschlossen die Phrenastheniker und Dementen, zeigte sich aber mit dem Zunehmen der Schwere der Cholera bis zu einem gewissen Grade eine Rückkehr des Bewusstseins; einige Kranke jammerten über ihr bevorstehendes Ende und gedachten ihrer fernweilenden Eltern. — Das acute Einsetzen hinderte nicht, dass ziemlich alle Epileptiker ihre gewohnten Anfälle, bis 10 in wenigen Stunden, hatten.

Das typhoide Stadium, das in einigen wenigen Fällen beobachtet werden konnte, hatte nicht den geringsten Einfluss auf die psychopathischen Zustände; nur bei einer sehr erregten Maniaca zeigten sich vorübergehend Ruhe und Klarheit, die indessen mit dem Aufhören des febrilen Processes wieder verschwanden.

Im Uebrigen enthält der vorliegende Aufsatz noch Beobachtungen über die rein-somatischen Krankheitserscheinungen und die therapeutischen Versuche wähend der Epidemie. Buschan.

2. Specielle Pathologie und Therapie.

310) **Chr. Rasch:** Ueber Amok.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 15.)

R. giebt seine Erfahrungen über die bereits von Wallace, A. Wernich, L. F. M. Schultze, S. Hegmann und Dr. Ellis geschilderte eigenthümliche psychische Störung. Danach kommt „Amok“ (Amok = Rennen) nur auf dem malayischen Archipel vor und ist der malayischen Rasse eigenthümlich. Nach einer starken Gemüthsbewegung tritt eine verzweifelte Stimmung ohne Vorboten auf. Der Befallene ergreift plötzlich seine Waffe, stürzt auf die Strasse und stösst in wüthender Raserei Alles nieder, was ihm in den Weg kommt. Nicht selten kommt es am Schluss zum Suicid. Dem Exacerbationsstadium, welches gewöhnlich einige Stunden dauert, aber auch einige Tage anhalten kann, folgt ein stuporöser Zustand oder Sopor. Für den Paroxysmus besteht völlige Amnesie.

Der Opiumrausch scheint R. keine wesentliche Rolle in der Aetiologie zu spielen. Wallace betrachtet den Amok, der übrigens nur bei Männern vorkommt, als Intoxicationsdelirium.

Nach R. handelt es sich beim „Amok“ um eine Form der Mania transitoria. Da aber die Mania transitoria nach allen neueren Forschungen mit den epileptischen Aequivalenten identisch ist, so dürfte es sich, wofür auch das ganze Symptomenbild spricht, auch hier um ein solches handeln.

R. meint, dass „Amok“ auch nicht selten simulirt wird.

Hoppe.

311) **Byron Bramwell:** Clinical remarks on a case of sporadic cretinism.

(The Brit. med. Journ., 6. Jan. 1894, p. 6.)

Genaue Beschreibung und Abbildung eines Falles von sehr hochgradigem Cretinismus bei einem 12jährigen Mädchen. Es trat durch Gebrauch von Schilddrüsenextract eine bedeutende Besserung ein. Das Kind, dessen Wachsthum stillgestanden, begann zu wachsen; das Myxödem verringerte sich beträchtlich, die Haut wurde glatt; auf dem Schädel

wachsen Haare; die bisher offene grosse Fontanelle verkleinerte sich und begann sich zu schliessen; die sehr vergrösserte Zunge wurde kleiner; die Intelligenz besserte sich. Wichmann.

312) **Wagner v. Jauregg:** Psychiatrische Heilbestrebungen.
(Wien. klin. Wochenschr. 1895, 9.)

Verf. erinnert an die häufig beobachtete Thatsache, dass Psychosen durch das Hinzukommen einer Infectionskrankheit zur Heilung kommen können, und glaubt diese Heilerfolge auf die Wirkung gewisser Bacterienproducte zurückführen zu dürfen; auf gleiche Weise erklärt er die Heilerfolge der alten medicina crudelis, die z. B. durch Autenrieth'sche Salbe und Aehnliches eine chronische Eiterung zum Zwecke der „Ableitung" unterhielt und zweifellos gewisse Erfolge damit erzielte. Auf künstliche Weise diese Heilerfolge der Infectionskrankheiten zu erzielen, ist schon wiederholt versucht worden, z. B. durch Einimpfung des Febris recurrens von Rosenblum u. A. Verf. hat nun mehrfache Versuche angestellt, um durch Tuberkulin-Injectionen diese Wirkung der Bacterienproducte hervorzurufen. Das Tuberkulin schien ihm wegen der bequemen Dosirung am geeignetsten. Er beginnt mit 1 mg und steigt in der Weise, dass immer eine mässige fieberhafte Reaction hervorgerufen wird. 3 Fälle hat er völlig geheilt und mehrere gebessert, die anfangs als einer Heilung nicht zugänglich erschienen. Er wählte hauptsächlich solche Fälle uncomplicirter Geistesstörung aus, welche unter der Form einer acuten heilbaren Störung begannen und nach längerem Bestande den Character der secundären Geistesstörung anzunehmen im Begriff waren. (Verf. stellt eine Veröffentlichung von Versuchen in grösserem Maasstabe, die er gemeinsam mit seinem Assistenten Dr. Boeck vorgenommen, in Aussicht.) In den Fällen, in welchen sich Tuberkulin unwirksam erwies, schlägt er Injection von abgetödteten Pyocyaneusculturen vor. Ein Urtheil über diese psychiatrischen Heilbestrebungen ist wohl erst möglich, wenn ein grösseres Versuchsmaterial und detaillirte Krankengeschichten vorliegen. Lehmann (Werneck).

313) **Lad. Haskovec:** Sur l'effet hypnotique du chloralose.
(Revue neurologique 1894, Nr. 20.)

Der Verf. gelangt durch seine Beobachtungen bezüglich der Wirkungen der Chloralose zu folgenden Schlüssen:

1. Die Chloralose wirkt in Dosen von 0,2—0,4 bei Geistes- und Nervenkrankheiten als Sedativum, in stärkeren Gaben, 0,5—1 gr als Hypnoticum; während dieselbe die höchststehenden Centren beeinflusst, lässt sie die bulbären und spinalen Centren intact. Der Schlaf erfolgt $^1/_2$—1 Stunde nach Einführung des Mittels und währt 3—7 Stunden je nach der Grösse der Gabe, der Krankheit und dem Alter des Kranken. Immer ist die nothwendige Dosis durch Versuche zu ermitteln und mit schwachen Dosen (2, 3, 4 Decigr.) zu beginnen.
2. Die Chloralose empfiehlt sich als Hypnoticum bei Maniakalischen, besonders jungen, bei Epileptischen und Alcoholikern. Bei sehr alten Individuen, bei mit einer organischen Gehirnkrankheit (Paralyse, senile Demenz, verschiedenen Cerebropathien) behafteten Personen ist

der Gebrauch des Mittels nicht angezeigt. Bei diesen Individuen treten nach höheren Dosen (0,8—1 gr) oder nach Darreichung von kleinen Dosen (0,5—0,6) während mehrerer Wochen in der Regel während des Schlafes oder im wachen Zustande Intoxicationserscheinungen auf in Form von Convulsionen einzelner Extremitätenmuskeln oder allgemeinen Convulsionen. Diese können in jedem der angeführten Fälle sich einstellen.

3. Die Kranken gewöhnen sich an die Chloralose und diese accumulirt sich.
4. Der Verlauf der Krankheiten wird in keiner Weise durch die Chloralose beeinflusst, obgleich die Maniakalischen mitunter selbst während des Tages ruhig bleiben.
5. Die Kranken nehmen die Chloralose aufgelöst sehr leicht. Dieselbe wirkt in dieser Form rascher als in Pulverform und hat keinen schädlichen Einfluss auf das respiratorische, circulatorische, gastrointestinale und urogenitale System.

L. Löwenfeld.

---

314) **William F. Drewry** (Petersburg, Ver.): Circular insanity — report of three cases.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 4, April.)

3 Beobachtungen von circulärer Geistesstörung (2 Neger und 1 Mulattin), die D. eingehend mittheilt, führen den Verfasser zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die circuläre Geistesstörung ist eine zwar seltene, aber gut characterisirte Psychosenform.
2. Um eine correcte Diagnose zu stellen, muss man den Kranken für eine beträchtliche Zeit unter besonderer Beobachtung haben.
3. Es existirt wahrscheinlich keine Periode absoluter Gesundheit zwischen den psychischen Anfällen.
4. Die Form des Erregungszustandes variirt zwischen einfacher Selbstüberschätzung und maniakalischer Aufgeregtheit; Sprachstörung und Verwirrtheit sind nicht so deutlich ausgeprägt wie bei der gewöhnlichen Manie.
5. Die Form der Depression zeigt die verschiedenen Stadien vom einfachen Torpor bis zur hartnäckigen Melancholie mit Selbstmordideen.
6. Wahnideen, Hallucinationen etc. können vorhanden sein oder fehlen.
7. Eine bestimmte Ursache des Leidens giebt es nicht. In den vorliegenden Fällen werden Erblichkeit, Syphilis und Fieber als solche anzunehmen sein.
8. Unter Umständen tritt eine temporäre Besserung ein; eine dauernde Heilung ist bis jetzt noch nicht gelungen. Buschan.

---

315) **R. S. Steward** (Bridgend, Glamorganshire): The spastic and tabetic types of general paralysis.

(The Journ. of ment. science, 1895, April, Nr. 137.)

Bei der allgemeinen Paralyse der Irren lassen sich 2 Formen unterscheiden, die eine durch tabetische Erscheinungen, die andere durch die der spastischen Paraplegie gekennzeichnet; wo sich, in einer allerdings nur

geringen Anzahl der Fälle, beide Formen combinirt vorfinden, hat ursprünglich die eine oder die andere derselben für sich allein bestanden und die Combination hat sich erst später herausgebildet.

Verfasser hat während der Jahre 1884—1893 in dem Glamorgan-Country-Asylum 317 Fälle von progressiver Paralyse mit 227 Todesfällen) in Behandlung bekommen und an diesen hinsichtlich der beiden oben genannten Typen folgende Beobachtungen gemacht:

85 % der Fälle gehörten der spastischen Form, 15 % der tabischen an.

Die allgemeine Paralyse beginnt durchschnittlich mit 39 Jahren, der spastische Typus mit 38, der tabische mit 41 Jahren. Auf die verschiedenen Dezennien des Lebens vertheilen sich die beiden Formen in folgender Weise:

	20—30	30 40	40—50	50—60	60—65 J.
Spast. Fälle .	10,1	47,9	34,5	6,7	0,8 %
Tab. „ .	4,1	37,4	45,9	10,4	2,1 %

Einen ähnlichen Unterschied wie St. für die beiden Formen der Paralyse hat Gowers für den Beginn der Tabes und der Lateralsclerose angegeben: die letztere ist häufiger zwischen 20 und 30 Jahr als die erstere und viel weniger häufig zwischen 40 und 50 Jahr.

Bezüglich des tödlichen Ausganges besteht gleichfalls zwischen den beiden Typen eine Verschiedenheit. Die meisten Todesfälle fallen bei der spastischen Form in das 4. Jahrzehnt, bei der tabischen in das 5.

	25—30	30—40	40—50	50—60	60—65 J.
Spast. Fälle .	5,6	44,6	34,5	14,2	1,0 %
Tab. „ .	0,0	37,5	44,8	13,8	3,5 %

Die Dauer der meisten spastischen Fälle betrug im Durchschnitt 1—2 Jahre, der tabischen 2—3 Jahre. Es starben nämlich

	innerhalb 1	2	3	4	5	6	7	8 Jahr
v. d. spast. Form	18,3	37,1	21,3	12,8	7,1	1,5	1,5	0,5 %
v. d. tab. „	20,7	27,6	37,9	7,0	3,4	3,4	0,0	0,0 %

Die paralytischen Anfälle (apoplectische, partielle, sowie universelle epileptiforme und vorübergehende Lähmungen) sind bei der spastischen Form gewöhnlicher (72 %) als bei der tabischen (65 %). Ferner sind dieselben bei jener mit Rücksicht auf ihre Dauer, Häufigkeit und Anzahl viel ausgesprochener als bei dieser. Ein Anfall leitete das Leiden ein bei der spastischen Form in 22 %, bei der tabischen in nur 11 % der Fälle.

Eine weitere Eigenthümlichkeit der spastischen Form ist das Ueberwiegen manischer, der tabischen Form das melancholischer Zustände.

	Manie	Melancholie	Demenz
Spast. Fälle .	56	4	40 %
Tab. „ .	37	30	33 %

Was die pathologische Anatomie betrifft, so fand St., dass das durchschnittliche Hirngewicht für die spastischen Fälle im Allgemeinen um ein nicht unbeträchtliches geringer ist, als das für die tabischeu Fälle.

Durchschnittliches Gewicht (30—50 Jahr) in Unzen:

Bei Normalen für das männliche 47,5, das weibliche Geschlecht 42,5.
„ Geisteskranken „ „ „ 46,0, „ „ „ 43,0.
„ Paralytikern „ „ „ 43,1, „ „ „ 41,3.
„ solchen mit spastischer Form f. d. m. 42,7, „ „ „ 41,3.
„ „ „ tabischer „ „ 46,0, „ „ „ 40,7,
nur 3 Fälle,

In gleicher Weise hat St. Unterschiede für das Gewicht und die Durchnittsmaasse des Rückenmarkes gefunden.

	Gewicht (Quentchen)		Maasse in mm					
			Cervical-		Dorsal-		Lumbal-Mark	
			Transv.	Sagitt.	Transv.	Sagitt.	Transv.	Sag.-Durchm.
Bei Normalen . .	16—24		14	10	10	8	12	9
	Männer	Frauen						
„ Geisteskranken	19,2	16	—	—	—	—	—	—
„ Paralytikern .	16,38	13,56	13,2	8,8	8,5	7,5	10	8,6
„ solch. m. spast. F.	16,43	13,56	13,1	8,8	8,5	7,5	10	8,7
„ „ „ tab. F.	16,21	—	13,7	8,6	8,6	7,3	9,8	8,1

Die vorstehende Tabelle zeigt zugleich, dass bei der allgemeinen Paralyse eine beträchtliche Atrophie des Rückenmarkes besteht, die hochgradiger als bei den Geisteskranken und bei der tabischen Form ausgesprochener als bei der spastischen ist, ferner, dass bei der spastischen Form die Abnahme eine verhältnissmässig geringe in der Sagittallinie und diese bei der tabischen Form eine grössere als bei der spastischen ist. Allgemein gesagt besteht also bei dem spastischen Typus eine Neigung zum Einschrumpfen des Rückenmarkes in lateraler Richtung, bei dem tabischen eine solche im anterio-posterioren Sinne. Verfasser illustrirt diese Verhältnisse an 3 Abbildungen. **Buschan.**

---

311) **Pasquarelli Michele:** Sui caratteri clinici differenziali tra la paralisi generale sifilitica e la non sifilitica.

(Il Manicomio moderno X, 1894, Nr. 3. S. 381.)

Von einigen Autoren, an ihrer Spitze von Fournier, ist die Behauptung aufgestellt worden, dass es neben der klassischen Paralyse der Irren noch eine besondere Form syphilitischer Natur, die Pseudoparalysis generalis syphilitica, gäbe, die sich klinisch von jener deutlich unterscheide.

An der Hand von 14 Fällen (8 syphilitischer, 6 nicht syphilitischer Natur) aus der Provinzialirrenanstalt zu Neapel prüft P. die Frage, ob zwischen beiden Formen in klinischer Hinsicht die von Fournier und seinen Anhängern herausgefundenen Unterschiede wirklich existiren. Er kommt zu dem Resultat, dass eine Trennung der klassischen Paralyse von der syphilitischen Form nicht berechtigt ist; denn man treffe bei beiden Formen die gleichen klinischen Erscheinungen, den gleichen Beginn, die gleiche Dauer und den gleichen Verlauf an und das Quecksilber nütze sowohl hier wie dort nicht nur nichts, sondern schade im Gegentheil.

Buschan.

317) **Gaetano Angiolella:** Di alcuni problemi sulla paralisi progressiva e dei più recenti lavori su di essa.

(Il Manicomio moderno X, 1894, Nr. 3. S. 281.)

Verf. beschäftigt sich mit einigen noch dunklen resp. strittigen Punkten in der Lehre von der progressiven Paralyse. Zunächst bespricht er die Aetiologie der Krankheit. Unter Berücksichtigung der zahlreichen über diesen Punkt existirenden Publicationen kommt er zu dem Schlusse, dass der diesem Leiden zu Grunde liegende pathologisch-anatomische Process im Allgemeinen die Wirkung von im Blute kreisenden toxischen Substanzen sein muss, die entweder ein Product der syphilitischen Infection oder andere Specialgifte, wie Alcohol, Nicotin etc., oder auch Stoffe sein können, die sich in dem kranken Organismus selbst in Folge von übermässiger Inanspruchnahme des Nervensystems (geistige Ueberanstrengung, sexueller Abusus, finanzielle Verluste etc.) bildeten.

Was sodann die Natur des anatomischen Processes betrifft, so neigt A. zu der Auffassung, dass der Ausgang desselben zumeist im Gefässsystem zu suchen ist, und dass die interstitiellen und parenchymatösen Veränderungen erst die Folge dieser Gefässläsionen wären, dass aber auch in einem Theile der Fälle die Zelldegenerationen die directe Folge der muthmasslichen toxischen Substanz wären. — Hinsichtlich der Verbreitung des Krankheitsprocesses hebt er hervor, dass derselbe im Allgemeinen diffus über das ganze Nervensystem verbreitet ist, indessen in einzelnen Fällen bestimmte Abschnitte desselben, in anderen wieder andere mit Vorliebe befallen könne.

Weiter beschäftigt sich A. mit der Zunahme der Häufigkeit der progressiven Paralyse, die er auf das Zusammentreffen aller möglichen degenerativer und morboser Ursachen im Gefolge der zunehmenden Cultur zurückführt, und giebt eine Zusammenstellung der neueren Erfahrungen auf klinischem Gebiete.

Zum Schluss theilt er die neueren therapeutischen Erfahrungen mit. Er betont im Besonderen die Nutzlosigkeit einer specifischen Kur, sowie die Unheilbarkeit der Paralyse im Allgemeinen. Buschan.

III. Gerichtliche Psychopathologie, Criminal-Anthropologie und Degenerationslehre.

318) **Derade:** Les aliénés et le droit civil.

(Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique, 1894.)

Ueberall ist die criminelle Verantwortlichkeit an einen früheren Termin geknüpft als die „capacité civile“, die erst, je nach den Gesetzen, mit 21 bis 25 Jahren sich erwirbt, und das mit Recht, da der moralische Sinn sich schneller entwickelt als der Intellect, und während das Strafrecht keine Grade der Verantwortlichkeit kennt, thut dies das bürgerliche Gesetz. Für den Richter muss es aber auch darauf ankommen, zu wissen, welche Geisteskrankheit vorliegt; und das kann nur der ärztliche Sachverständige ihm sagen, da einmal nicht der blosse Verstand dazu ausreicht, zu sagen, ob Einer psychisch erkrankt sei oder nicht. Der Sachverständige hat nicht nur in Entmündigungssachen sein Gutachten abzugeben, sondern sollte auch den Richtern beim Ausfragen der Kranken an die Hand gehen. Denn gerade die, deren Krankheit nicht so ohne Weiteres offen daliegt, sind am ehesten geeignet,

ihr und ihrer Familie Vermögen zu schädigen. Aber die Entmündigung der Kranken brauchte keinen bürgerlichen Tod zu bedeuten, da selbst in schweren Psychosen Zeiten relativer Besserung vorkommen, wo gewisse Civilacte recht gut gestattet sein könnten. Statt zu entmündigen einen „conseil judiciaire“ zu schaffen, ist nur eine halbe Maassregel. Am schwersten für den Sachverständigen ist aber die Feststellung einer zur Zeit eines Civilactes bestandenen Psychose, besonders beim Ableben des Betreffenden; namentlich wenn es Desequilibrirte, Degenerirte betrifft. Hier kann der Sachverständige oft kein sicheres Gutachten abgeben.

Näcke (Hubertusburg).

---

319) **Justi** (Idstein-Taunus): Eine gerichtliche Entmündigung vor 45 Jahren. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1894, Nr. 1.)

Das ärztliche, von einer beamteten Medicinalperson herrührende Gutachten und die gerichtliche Entmündigung, auf Grund dessen seiner Zeit die Entmündigung des Provocaten ausgesprochen wurde, ist so merkwürdig, dass es verdient, wortgetreu hier abgedruckt zu werden:

Aerztlicher Befund und Gutachten, die Anordnung einer verwaltenden Vormundschaft der Marie und Katharina L. von W. betreffend.

Auf gef. Amtliche Requisition vom 28. v. Mts. wurden beyde Rubrikaten an dem 30. ärztlich untersucht.

Ihrem Aussehen nach sind beyde gesund und leben in einer Stube zusammen, in der weder gerade Unordnung noch weniger aber Ordnung herrscht.

Ein Umstand schien mir schon wichtig in Beurtheilung ihrer geistigen Fähigkeiten, die Mädchen besassen nämlich 3 Würste, die sie zum Trocknen an einem Seilchen über den Ofen gehängt hatten, darunter eine schon alte Blutwurst, die wie mir schien dem Verderben nahe war.

Natürlich verwies ich ihnen das Unzweckmässige, was sie mit grossen Augen aufnahmen. Bei näherer Unterhaltung fand ich, dass beyde zwar nicht blödsinnig, jedoch in einem solchen Grade dumm sind, dass das ärztliche Gutachten dahin geht; dass beyde Mädchen nicht im Stande sind, ein für sich doch nicht unbedeutendes Vermögen von beinahe 1900 fl. zu verwalten resp. sich erhalten zu können und dass es daher nothwendig erscheint, ihnen einen schützenden Vormund zu bestimmen. Dr. X.

Y. den 4. Februar 1848.

Hoppe.

---

320) **G. Schwalbe** (Strassburg): Zählkarte für die Statistik der Ohrvarietäten.

Auf der letzten Wanderversammlung der südwestdeutschen Psychiater und Neurologen hat S. in einem Vortrage über die Ohrmuschel folgende Zählkarte für die Erhebung von Sammelforschungen über dieses Organ vorgelegt:

Nr.	Name:	Krankheit:	Geburtsort:	Geburtsland:
....	....	....	....	....

Geschlecht	Religion:	Beruf:	Alter:	Körperlänge:	Haarfarbe:	Irisfarbe:	Längen-Breiten-Index des Kopfes:	Physiognom. Ohr-Index	Morpholog. Ohr-Index
....	....	....	....	....	....	....	....	....	....

Grösste Länge des Kopfes . . . .
„ **Breite** „ „ . . . .

Grösste Länge des ganzen Ohres ....
„ **Breite** „ „ „ ....
Länge der Ohrbasis . . . .
Länge der Concha propria . . ..
Breite „ „ „ . . . .
Entfernung der Ohrspitze v. ob. Rand d. Tragus . . . .
Länge bis zur Incisura intertragica . . . .
Länge des Ohrläppchens . . . .

Helix.

Darwin'sche Spitze (Macacusform 1; Cercopithecusform 2; umgeklappt spitz 3; umgeklappt abgerundet 4; angedeutet 5; fehlend 6.) ....
Satyrspitze (vorhanden: 1; fehlt: 0) ....
Crus hellicis (schwach: 1; mittel: 2; stark: 3; verbunden mit Anthelix: 4) . . . .
Vordere obere Helix in der Gegend der Darwin'schen Spitze (flach: 1; lateral gerichtet: 2; umgeklappt: 3) ....
Hintere Helix (flach: 1; lateral gerichtet: 2; umgeklappt: 3; umgeklappt und angewachsen: 4) . ...
Crus descendens (vorhanden: 1; fehlt: 0) . . . .

Tragus.

Tuberculum supratragicum . . . (sichtbar: 1; nicht sichtbar: 0) . ...

Anthelix.

Stamm der Anthelix (zurücktretend: 1; in der Ohrebene: 2; vorspringend: 3) . . . .
Crus anthelicis superius (fehlend: 1; angedeutet: 2; mittel: 3; stark entwickelt: 4) . . . .
Crus anthelicis tertium (vorhanden: 1; fehlend: 0) . . . .
Andere accessorische Crura anthelicis (wenn vorhanden: beschreiben; fehlend: 0) . . . .

Antitragus.

Richtung des oberen Randes (horizontal: 1; mittel 2; schief: 3) . ...
Neigung nach aussen (fehlend [gerade]: 1; mittel: 2; stark: 3) . ...
Form (gradlinig: 1; sanft gebogen: 2; mit starkem Vorprung: 3) . ...

Lobulus auriculæ.

Verbindung auf die Backe verlängert: 1; einfach angewachsen: 2; theilweise getrennt: 3; vollständig frei: 4) . . . .
Sulcus supralobularis (fehlt: 1; mittel: 2; stark: 3; mit Scapha verbunden: 4) . . . .
Sulcus obliquus (fehlt: nur im Antitragusgebiet; 2; vollständig: 3) ....
Tuberculum retrolobulare (fehlt: 1: mittel: 2; stark: 3) . . . .
Sulcus lobuli verticalis (fehlt: 1; mittel: 2; stark: 3) . . . .
Richtung des Ohrläppchens (nach innen gebogen: 1; gerade: 2; nach aussen gebogen: 3) . . . .
Ohrläppchen gespalten (gespalten: 1; nicht gespalten: 0) . . . .

Abstehen des Ohres:

Eng anliegend: 1; mittel: 2; weit abstehend (ungefähr rechtwinklig): 3 . . . .

Allgemeine Form des Ohres:

Insertion des Ohres:

(gerade [Winkel weniger als 112°]: 1; schief [Winkel über 112°]: 2) ....

Auricularanhänge:

Fistula auris congenita:

Anomalien der Zähne:

Kurella.

IV. Zur Tagesgeschichte.

Die Verhandlungen in der Kammer der Abgeordneten über das württembergische Irrenwesen.*)

Am 2. Mai fand in der Kammer der Abgeordneten eine Verhandlung statt, die für das württembergische Irrenwesen von erheblicher Bedeutung und für ärztliche Kreise von besonderem Interesse ist. Ob und in wie weit die bekannten Broschüren, die „Enthüllungen" aus den württembergischen Irrenanstalten brachten, Anlass gegeben haben, dass über unser Irrenwesen eingehender als sonst berathen wurde, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls muss rühmend anerkannt werden, dass ihnen nicht mehr Bedeutung beigelegt wurde, als sie verdienen. Die ganze Verhandlung hielt sich auf der Höhe sachlicher und — meistens auch sachverständiger Behandlung Dass unser Irrenwesen in einigen Punkten der Verbesserung und der weiteren Entwickelung bedarf, wurde von Seiten der Regierungsvertreter nicht weniger betont als von den Abgeordneten. Drei Punkte namentlich sind es, um die es sich hier handelt und die auch sämmtlich zur Sprache kamen; Die Ueberfüllung der Anstalten, ungenügende Zahl der Aerzte und die Wärterfrage. Die „leidige Ueberfüllung" wurde von Minister von Pischek selbst als ein Hauptübelstand bezeichnet. Leider ist hier — nach Aussage des Herrn Ministers — in absehbarer Zeit nicht abzuhelfen, da für den Bau einer neuen Anstalt keine Mittel vorhanden sind. Nicht erwähnt wurde, dass, noch nach dem neuesten Medicinalbericht**), 643 Staatspfleglinge in den Privat-Irrenanstalten sich befinden. Es ist gewiss kein normales Verhältniss, wenn die Privatanstalten in diesem Umfange zur Fürsorge für unbemittelte Kranke herangezogen werden.

Darüber, dass die Zahl der Aerzte an unseren Anstalten eine zu geringe ist, herrschte allgemeine Uebereinstimmung. Die Einrichtung der Volontärärzte bietet nur einen ungenügenden Ersatz.

Den schwierigsten und wundesten Punkt in der Irrenpflege — nicht nur in Württemberg — die Wärterfrage, hat der Abgeordnete Haussmann mit Sachkenntniss erörtert.

Die Frage des Personals ist im Irrenwesen weit wichtiger als in anderen Zweigen der Krankenpflege. Der Verkehr mit Geisteskranken ist unendlich viel schwieriger und stellt an die Ruhe, Besonnenheit, Menschenliebe des Verpflegenden weit höhere Anforderungen, als der ferner Stehende denkt.

Ueber die Wärterfrage hat Dr. Hoppe in Allenberg (O.-Pr.) eine höchst lesenswerthe und eingehende Studie veröffentlicht, auf die auch der

---

*) Medicinisches Corresp.-Blatt des Württembergischen ärztlichrn Landesvereins.

**) Medicinalbericht von Württemberg für die Jahre 1892 und 1893. Im Auftrag bearbeitet von Dr. Pfeilsticker, Obermedicinalrath. Stuttgart, Kohlhammer 1895. bringt auf S. 57 ff. in gewohnter vortrefflicher Weise statistische u. a. Mittheilungen über das württembergische Irrenwesen.

Abgeordnete Haussmann sich wiederholt berufen hat. Aus dieser Arbeit ergiebt sich, dass die Einsicht über die grundlegende Wichtigkeit der Beschaffenheit des Pflegepersonals in den Kreisen der Irrenärzte ebenso verbreitet ist, wie die Ueberzeugung, dass mit Ausnahme weniger Anstalten die Beschaffenheit der Wärter weit hinter den berechtigten Ansprüchen zurücksteht.

Der Abgeordnete Haussmann hat völlig Recht, wenn er als Grundbedingung für Besserung dieser Verhältnisse die Aufbesserung der Wärtergehalte angiebt. Darüber sind die Fachleute einig. Kein Geringerer als v. Gudden ist in der Münchener Anstalt hierin vorangegangen. In München beträgt der Anfangsgehalt eines Wärters 50 Mark pro Monat und steigt in 15jähriger Dienstzeit allmählich bis auf 63 Mark. In Frankfurt beträgt der Anfangsgehalt 500 Mark 1 Jahr, in Königslutter 400 Mark mit einer Steigerung um 20 Mark von 2 zu 2 Jahren.

In all' den Anstalten, in welchen so gute Gehalte gezahlt werden, sind die Erfolge nicht ausgeblieben. Grashey z. B. schreibt*): „Unser Pflegepersonal entspricht in Bezug auf körperliche und geistige Gesundheit, Führungs-, Leistungs- und Bildungsfähigkeit und Behandlung der Kranken den hiesigen strengen Anforderungen" Nicht weniger günstig lauten die Berichte aus Königslutter und der Frankfurter Anstalt. Der Abgeordnete v. Ow erwartet von der Aufbesserung der Gehalte nicht zu viel, er wünscht katholische und protestantische Schwestern zur Irrenpflege beizuziehen. Nicht überall sind damit gute Erfahrungen gemacht worden.

Mit der Erhöhung des Gehaltes muss eine bessere und systematische Schulung des Personals Hand in Hand gehen. Auch darauf hat der Abgeordnete Haussmann aufmerksam gemacht. Der Gedanke, den er anregte, eine solche Schule in Verbindung mit der psychiatrischen Klinik in Tübingen einzurichten, verdient jedenfalls Beachtung. Eine systematische Ausbildung des Personals besteht jetzt schon an verschiedenen Anstalten, in wohl organisirter Weise in den Anstalten des Königreichs Sachsen.

Mit der Beschaffenheit des Personals hängt zum guten Theil die weitere fortschreitende Entwickelung des Irrenwesens zusammen: Vollständige Abschaffung des mechanischen Zwangs, thunlichste Beschränkung der Isolirung, Erweiterung der Beschäftigung der Kranken, freiere Behandlung überhaupt. Wie weit man hierin gehen kann, zeigt die Erfahrung der schottischen und englischen Open door Anstalten. Aehnliches haben wir auch in einzelnen Anstalten in Deutschland. In erster Linie ist hier Alt-Scherbitz in der Provinz Sachsen zu nennen. Je freier die Behandlung in den Anstalten ist, je mehr sie sich in der ganzen Art des Betriebs anderen Krankenhäusern nähern, um so mehr wird auch den Angriffen gegen sie der Boden entzogen.

Die Regierung wie die Abgeordneten haben in der Verhandlung vom 2. Mai ihr Interesse an der Weiterentwickelung des Irrenwesens in erfreu-

---

*) Hoppe l. c.

licher Weise bethätigt. Jene will eine neue Stelle schaffen, die Stelle eines besonderen Referenten für das Irrenwesen, mit dem speciellen Auftrag, die Anstalten noch eingehender als bisher zu visitiren. Die Kammer der Abgeordneten hat die Position bewilligt.

Hoffen wir, dass die Volksvertretung auch fernerhin ihr wohlwollendes Interesse an der Weiterentwickelung des Irrenwesens an den Tag legen wird, auch wenn diese nicht unerhebliche finanzielle Opfer erfordert. Gute Krankenanstalten kosten Geld, viel Geld. H.

Zur Frage der Irrenfürsorge in Württemberg.

(W. Correspondenzblatt Nr. 15, 1895.)

Der soeben erschienene 2. Nachtrag zum Entwurf des Hauptfinanzetats enthält eine Forderung für ein weiteres psychiatrisch gebildetes Mitglied des Medicinalcollegiums Die Erläuterungen sagen hierüber u. A : Obwohl die Vorwürfe, welche neuerdings in der Presse gegen die Irrenanstalten erhoben worden sind, als begründet nicht anerkannt werden können, so erscheint es doch sowohl aus sachlichen Gründen als zum Zweck der Erhaltung des besonders wichtigen Vertrauens der Bevölkerung auf eine humane und sachgemässe Verwaltung des Irrenwesens wünschenswerth, die Einrichtungen zur Controle der Irrenanstalten in Absicht auf möglichste Sicherung eines geordneten anstandslosen Betriebs derselben weiter zu vervollkommnen. Die hiebei anzustrebende gleich eingehende Untersuchung des den Anstalten angehörigen Personenkreises, wie auch ihres sanitären Zustandes lässt sich nur durch eine grössere Centralisation der Visitationen, durch öftere Wiederholung und längere zeitliche Ausdehnung derselben und durch Uebertragung des Visitationsgeschäftes an einen Irrenarzt von bewährter Erfahrung erreichen. Innerhalb des Medicinalcollegiums steht eine hiezu geeignete Persönlichkeit nicht zur Verfügung. Es soll daher bei dieser Behörde ein weiteres ärztliches, psychiatrisch ausgebildetes Mitglied zur Anstellung gelangen, welches unter Ausschluss jeglicher Privatpraxis seine Thätigkeit nur dem Irrenwesen und vor Allem der Controle der Irrenanstalten (Staats- und Privatirrenanstalten) zu widmen hätte. Angenommen ist, dass von ihm in der Regel jedes Jahr in den kleineren Anstalten eine, in den grösseren zwei Visitationen vorzunehmen wären, in deren Bereich sämmtliche Anstaltsangehörige und das gesammte Anstaltsleben zu ziehen wären und dass die letzteren Visitationen, denen von Zeit zu Zeit auch der Vorstand oder ein Administrativreferent des Medicinalcollegiums anzuwohnen hätte, je eine Reihe von Tagen in Anspruch nehmen würden. Schon nach Kurzem würde der Visitator eine genaue Kenntniss der Anstalten und der schon seit längerer Zeit in ihnen befindlichen Kranken erlangen und es würde sicherlich die neue Einrichtung für die fortschreitende Entwickelung des Irrenwesens nach allen Richtungen hin sich wohlthätig erweisen. Einer etwaigen späteren Neuorganisation der Medicinalverwaltung wird durch die Schaffung der neuen Stelle ein Hinderniss nicht bereitet. Um die Gewinnung eines Mannes von erprobter Fähigkeit und Erfahrung zu ermöglichen, wird sich

voraussichtlich neben dem Gehalt 1. Klasse eines Collegialraths nebst Wohnungsgeldzuschuss mindestens noch eine persönliche, nicht pensionsberechtigte Zulage, welche die Gesammtbezüge der Stelle auf 8000 Mark bringt, als erforderlich erweisen. Ausserdem wird im Hinblick auf die Erweiterung der Zahl und Dauer der Anstaltsvisitationen ein nicht unbeträchtlicher Aufwand an Reisekosten sich ergeben, dessen Höhe sich jedoch zur Zeit noch nicht näher vorausbestimmen lässt.

Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz.

In der Sitzung des psychiatrischen Vereinprovinz am 15. Juni d. J. fand eine Besprechung des Aachener Processes gegen Mellage und Gen. und der darin abgelegten Zeugenaussagen statt, welche nach eingehender Berathung zu folgendem Beschlusse führte:

Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz beklagt auf's Tiefste und verurtheilt auf's Entschiedenste die jüngst in dem Processe zu Aachen festgestellten unglaublichen Vorgänge in der Behandlung und Pflege von Geisteskranken, wie sie in der dortigen Pflegeanstalt der Alexianer-Krankenbrüder Mariaberg hervorgetreten sind und die in schroffem Gegensatz stehen zu den Anschauungen, Erfahrungen und Lehren der psychiatrischen Wissenschaft im letzten halben Jahrhundert. — Der Verein hält fest an der Richtigkeit der diesen Gegenstand, namentlich die Nothwendigkeit der ärztlichen Leitung der Irrenanstalten, behandelnden und einstimmig angenommenen Thesen des Vereins der deutschen Irrenärzte, wie sie dieser in seiner Versammlung am 25. Mai 1893 zu Frankfurt a. M. (cfr. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 50, 1894, S. 336, I 3, 4, 5, 6, 7) aufgestellt und eingehend begründet hat. Er spricht die Hoffnung und das Vertrauen aus, dass nach solchen Vorkommnissen die staatlichen und provinziellen Behörden die dort von berufener Seite vorgeschlagenen nothwendigen Einrichtungen und Maassnahmen (wie sie in ärztlich geleiteten Privatanstalten längst bestehen) auch in allen sogenannten religiösen Pflegeanstalten für Geisteskranke in unserer Provinz zur Geltung bringen und handhaben werden, sowie dass die auf anderen Gebieten so einsichtsvolle und hochverdiente Verwaltung unserer Provinz nunmehr gewiss nicht länger zögern werde, die von ärztlicher Seite wiederholt betonte Nothwendigkeit zur That werden zu lassen und zur Errichtung eigener, auch für die Aufnahmen ihrer Pflegekranken ausreichender Anstalten zu schreiten.

Personalien. Zu Anfang des Jahres hat eine Versetzung und Beförderung mehrerer Docenten der Psychiatrie in Russland stattgefunden. Prof. Kowalewsky ist von Charkow nach Warschau als Rector der dortigen Universität versetzt worden; an seine Stelle in Charkow ist Prof. Anfimow, bis dahin in Tomsk, gekommen; Professor in Tomsk ist M. N. Popow, früher Assistent Kowalewsky's, geworden; ein anderer Schüler K.'s, N. J. Muchin, zum etatsmässigen Privatdocenten in Warschau ernannt. — Prof. Tamburini, der unseren Lesern wohlbekannte hoch-

geschätzte Mitarbeiter unseres Blattes, ist von Reggio bei Modena als Professor der Psychiatrie an die Akademie („R. Istituto di Studi Superiori") in Florenz berufen worden. Zu seinem Nachfolger auf dem Catheder in Modena und in der Direction der bekannten Musteranstalt bei Reggio ist Prof. E. Tanzi, bis dahin in Palermo, berufen. E. Belmondo, bis dahin Professor in Cagliari (Sardinien) wurde erster Assistent Tamburini's in Florenz, an seine Stelle in Cagliari trat S. Tonnini. Ein Schüler E. Hitzig's, R. Colella, bekam einen Ruf als Professor der Psychiatrie in Messina. —

Das 1892 von Lombroso und Tamburini entworfene italienische Irrengesetz ist unter dem Einfluss der bald darauf geschehenen Berufung Crispi's an die Spitze des römischen Cabinets auf dem Papier geblieben; auf Antrag Tamburini's hat nun kürzlich das oberste Sanitäts-Collegium die Codificirung der verschiedenen auf das Irrenwesen bezüglichen Regulative und Verordnungen in der Form eines vorläufigen Reglements beim Minister des Innern — in Italien zugleich Medicinal-Minister — beantragt. K.

Herr Dr. Pierson, Director und Besitzer der neugebauten Privatanstalt Lindenhof bei Coswig in Sachsen, ist zum correspondirenden Mitgliede der Pariser Société Médico-psychologique gewählt worden.



Inhalt des Juli-Hefts.

Nr. 289) Navarre: Observation de tétanos céphalique.

Nr. 290) Runge: A case of waiter's paralysis.

3. Therapie.

Nr. 291) Taylor: Further report of operation for epilepsy seven years after complete recovery.

Nr. 292) Mikulicz: Ueber Thymusfütterung bei Kropf und Basedow'scher Krankheit.

Nr. 293) Eulenburg: Zur chirurgischen Epilepsiebehandlung, namentlich zur Casuistik der Rindenexcisionen bei idiopathischen Epilepsien.

Nr. 294) Hallager: Un cas de trépanation pour épilepsie.

Nr. 295) Buschan: Der gegenwärtige Standpunkt der Electrotherapie; ihre Anwendung, ihre Wirkung und ihr Werth in der Nervenheilkunde.

Nr. 296) Hadley: The insomnia of Neurasthenia

Nr. 297) Regnier: Cas de chorée de Sydenham rapidement guérie par les bains électrostatiques.

Nr. 298) Ransom: Neurasthenia — its cure by thermotherapié.

Nr. 299) Labit: Du vertige de Menière

Nr. 300) Black: The treatment of epilepsy.

Nr. 301) Raven: Myxœdem treated with thyroid tabloids.

Nr. 302) Robertson: Observations on the action of the brain of the sheep in diseases of the central nervous system and mind.

Nr. 303) Heubner: Die Lumbalpunction nach Quincke.

B. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie.

Nr. 304) Bullen: A review of the influence of reflex and toxic agencies in the causation of insanity and epilepsy.

Nr. 305) Bristowe: The relationsship between general paralysis and chronic renal disease.

Nr. 306) Hillenberg: Beitrag zu der Symptomatologie der progressiven Paralyse und Epilepsie

Nr. 307) Stefani e Scabia: Intorno al decorso dell'azione dell'atropina sulla frequenza del polso nelle varie psicopatie.

Nr. 308) Fronda: La secrezione lattea protratta in alcune alienate.

Nr. 309) Venta: Il colera negli alienati.

II. Specielle Pathologie u. Therapie.

Nr. 310) Rasch: Ueber Amok.

Nr. 311) Bramwell: Clinical remarks on a case of sporadic cretinism.

Nr. 312 v. Jauregg: Psychiatrische Heilbestrebungen.

Nr. 313) Haskovec: Sur l'effet hypnotique du chloralose.

Nr. 314) Drewry: Circular insanity — report of three cases.

Nr. 315) Steward: The spastic and tabetic types of general paralysis

Nr. 316) Michele: Sui caratteri clinici differenziali tra la paralisi generale sifilitica e la non sifilitica

Nr. 317) Angiolella: Di alcuni problemi sulla paralisi progressiva e dei più recenti lavori su di essa

III. Gerichtliche Psychopathologie, Criminal-Anthropologie und Degenerationslehre.

Nr. 318) Derade: Les aliénés et le droit civil.

Nr. 319) Justi: Eine gerichtliche Entmündigung vor 45 Jahren.

Nr. 320) Schwalbe: Zählkarte für die Statistik der Ohrvarietäten.

IV. Tagesgeschichte.

Die Verhandlungen in der Kammer der Abgeordneten über das württembergische Irrenwesen.

Zur Frage der Irrenfürsorge in Württemberg.

Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz.

Personalien.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVIII. Jahrgang. 1895 August-September. Neue Folge VI. Bd.

I. Originalien.

1.

Zur Aetiologie und Therapie der progressiven Paralyse der Irren.

Von Professor W. von Tschisch in Dorpat.

Da die Angaben aller Autoren, welche über die Aetiologie der progressiven Paralyse der Irren geschrieben haben, so weit auseinandergehen, so verfügen wir bis jetzt über die widersprechendsten Meinungsäusserungen bezüglich der Aetiologie der progressiven Paralyse der Irren; einige, wie z. B. Funaioli[1]), haben bei keinem der von ihnen beobachteten Fälle andere dagegen, wie z. B. Bamster[2]), haben in allen Fällen von progressiver Paralyse der Irren vorausgegangene Infection mit Syphilis nachweisen können.

Um die Ungenauigkeiten, welche die Verschiedenheit des Resultats der übrigen Autoren bedingten, zu vermeiden, beschloss ich, zwei Fehlerquellen zu beseitigen; erstens benutzte ich nur diejenigen Fälle, in welchen die Anamnese der Patienten uns genau bekannt war; zweitens, um die subjectiven Elemente zu eliminiren, habe ich nicht allein Daten aus meiner Privatpraxis, sondern auch das im Laufe von 12 Jahren in der Dörptschen Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten gesammelte Material benutzt. In den ersten 5 Jahren dieses Zeitabschnittes war Professor Emminghaus Director der Klinik, während der folgenden 5 Jahre Professor Kräpelin, dessen Nachfolger ich bin.

---

[1]) Manicomio in Siena, 1886.

[2]) A statistical note on paresis. The Journal of mental science, 1892.

Die Daten waren folgende*):

1. Zahl der Kranken, deren Anamnese genau bekannt ist . 130
„ „ „ „ „ nicht genau bekannt ist 70

2. Von den 130 Kranken, deren Anamnese uns genau bekannt ist, waren:

Nicht Syphilitiker	19
Wahrscheinlich Syphilitiker	15
Sicher Syphilitiker	96

3. Das Alter der syphilitischen Paralytiker:

20—30 Jahre alt	15
30—40 „ „	56
40–50 „ „	19
über 50 „ „	6

4. Die Zeit zwischen der Infection mit Syphilis und dem Beginn der progressiven Paralyse:

Weniger als 5 Jahre	17
5—10 „	37
10—15 „	26
Mehr als 15 „	8
Nicht bekannt	10

5. Andere ätiologische Momente der syphilitischen Paralytiker:

Neuropathische Belastung	15	32
Neuropath. Bel. und Potatorium . .	15	
„ „ „ Trauma des Kopfes	1	
„ „ Trauma und Potatorium	1	
Potatorium		21
Trauma des Kopfes		5
		58

6. Beschäftigung der Syphilitiker:

Aus studirten Ständen	18
Geschäftsleute	33
Handwerker	12

Um die sehr kleinen Ziffern der wahrscheinlich syphilitischen und der nicht syphilitischen Paralytiker zu vermeiden, ziehe ich sie zu einer Gruppe zusammen:

Das Alter dieser Kranken — 34 (15+19).

Unter 30 Jahren	7
30—40 „	12
40—50 „	13
über 50 „	2
	34

*) Nach Abschluss dieser Statistik sind in den 1½ Jahren vom 1. Januar 1894 bis 1. Juni 1895 29 Paralytiker hinzugekommen:

1. Davon mit genauer Anamnese	19
2. Ohne genaue Anamnese	10

Von den 19 Kranken mit genauer Anamnese waren:
Nicht syphilitisch 8, wahrscheinlich syphilitisch 5, sicher syphilitisch 11.

7. Uns bekannte ätiologische Momente:

Neuropathische Belastung	9
Potatorium	8
Potatorium und Trauma	1
Trauma des Kopfes	1

8. Die Beschäftigung dieser Kranken:

Aus studirten Ständen	23
Geschäftsleute	8
Arbeiter	3
	34

Andere, oft angeführte Ursachen der progressiven Paralyse der Irren, wie z. B. geistige Ueberanstrengung, seelische Aufregung, habe ich hauptsächlich desshalb nicht berücksichtigt, weil im Allgemeinen derartige Umstände von den Aerzten der Irrenanstalten nicht präcise festgestellt werden können. Angaben solcher Art erhalten wir von Verwandten, die meist nicht vorurtheilsfrei urtheilen; solchen Nachrichten ist ebenso wenig zu trauen, wie den gewöhnlichen Angaben der Kranken, dass der Typhus bei ihnen in Folge von Erkältung, Erisypel in Folge von Aergernissen und Schreck aufgetreten sei u. s. w. Wir müssen an den Therapeuten uns ein Beispiel nehmen, welche den Angaben ihrer Patienten über die Ursache ihrer Erkrankung keine Bedeutung beimessen. Ueber die Tragweite solcher Umstände wie geistige Ueberanstrengung, seelische Erregung u. s. w. können nur Hausärzte urtheilen, und so lange wir von solchen nicht genaue Angaben erhalten können, ist es besser, solche Fragen überhaupt nicht zu berühren.

Auf Grund allgemeiner Eindrücke während meiner 12jährigen Praxis bin ich zur Ansicht gelangt, dass geistige Anstrengung niemals eine Ursache für die progressive Paralyse der Irren abgiebt. Ich war an einem Ort thätig, wo in Folge eingreifender Reformen in der Verwaltung viele Beamte im Verlauf von 2—3 Jahren angestrengt arbeiten mussten, bis die neue Ordnung in's Leben gerufen war, und beobachtete zwar viele Fälle von Neurasthenie, hervorgerufen durch vermehrten Arbeitsaufwand, jedoch nicht einen einzigen Fall von progressiver Paralyse der Irren in Folge genannter Ursachen.

Die oben angeführten Ziffern weisen darauf hin, dass die Syphilis die fast ausschliessliche Ursache der progressiven Paralyse der Irren ist; die wenigen Fälle, in welchen Syphilis in Abrede gestellt wird, können eine solche Behauptung nicht widerlegen, denn 1. steht es zweifellos fest, dass es Kranke giebt, die Syphilis durchmachen, ohne es selbst zu wissen, 2. giebt es Syphilitiker, die hartnäckig ihre Krankheit vor Allen verheimlichen; endlich kann man nicht daran zweifeln, namentlich nach den Arbeiten Homen's[1]) und Régis's[2]) u. A., dass die hereditäre Syphilis auch Ursache der progressiven Paralyse der Irren sein kann.

Schwieriger ist die Beantwortung einer anderen Frage — warum aus der grossen Zahl der Syphilitiker nur sehr wenige an progressiver Paralyse

[1]) Archiv für Psychiatrie 1891.
[2]) Archives méd. de Bordeaux 1892.

der Irren erkranken. Die Heredität spielt keine hervorragende Rolle; eine grössere Bedeutung ist, so scheint es, dem Alcoholmissbrauch zuzuschreiben; so viel ich mich habe überzeugen können, sind Potatorium, unregelmässige Lebensweise, nächtliche Ausschweifungen und Beschäftigungen besonders gefährlich für Personen, welche an Syphilis erkrankt waren. Andererseits steht es unstreitig fest, dass an progressiver Paralyse der Irren auch Syphilitiker erkranken, die eine in jeder Beziehung mässige Lebensweise geführt haben, woraus ersichtlich, dass die Hauptursache dafür, dass der eine Syphilitiker an progressiver Paralyse der Irren erkrankt, der andere nicht, wohl in etwas Anderem liegt. Nach meiner Erfahrung hatten alle Paralytiker ungemein schwach ausgeprägte secundäre syphilitische Erscheinungen (auf der Haut und den Schleimhäuten) und waren desshalb wenig mit Quecksilberpräparaten behandelt worden. Wovon eigentlich die nachherige Entwicklung der progressiven Paralyse abhängt — sei es von der Form der Syphilis, welche bei einigen Personen Haut und Schleimhaut nur unbedeutend afficirt, nach einigen Jahren dagegen die Hirngefässe angreift — sei es von individuellen uns unbekannten Eigenschaften des Kranken, oder endlich in Folge ungenügender Behandlung mit Quecksilberpräparaten — das augenblicklich zu entscheiden ist nicht möglich, doch aller Wahrscheinlichkeit nach in Folge der letztgenannten Ursache, was auch ex juvantibus et nocentibus bekräftigt wird. —

Eine derartige Auffassung der Aetiologie der progressiven Paralyse der Irren findet auch eine Unterstützung durch die pathologische Anatomie; auf Grund von ca. 200 von mir ausgeführten Sectionen (ca. 50 Gehirne wurden microscopisch untersucht und die Resultate veröffentlicht) überzeugte ich mich davon, dass wir es in allen Fällen mit einer diffusen Meningo-periencephalitis zu thun haben; in einigen Fällen überwiegen die interstitiellen Veränderungen, in anderen die parenchymatösen; in allen findet man Endoarteriitis, wobei die Veränderungen der Gefässe, des Ependyms und der Gehirnsubstanz in denjenigen Fällen, in denen die syphilitische Infection zweifellos war, sich in nichts unterschieden von denjenigen Fällen, wo eine solche kategorisch in Abrede gestellt war.

In Folge meiner 6jährigen Thätigkeit als Oberarzt am Krankenhause des hl. Panteleimon, der grössten Irrenanstalt Russlands, in welcher zur Zeit mindestens 50 Paralytiker sich stets befanden, wurde ich zur Ueberzeugung gedrängt, dass die progressive Paralyse der Irren, obwohl sie viele Mannigfaltigkeiten darbietet, doch ein einheitlicher Krankheitsprocess ist und eine Trennung der progressiven Paralyse der Syphilitiker von derjenigen der Nichtsyphilitiker jeglicher Begründung entbehrt. Wir müssen bei der progressiven Paralyse der Irren 4 Cardinalsymptome unterscheiden: 1. Den progressiven Verlauf, 2. den allgemein fortschreitenden Verfall des Ernährungszustandes des Gesammtorganismus, 3. die characteristischen Sprach- und motorischen Störungen, 4. den mit dem Beginn der Krankheit auftretenden Schwachsinn. Die durch solche Symptome characterisirte Erkrankung bietet, wie alle anderen Krankheiten, viele Verschiedenheiten und Abweichungen dar, doch ist es entschieden unmöglich, die progressive Paralyse der Irren nach besonderen Arten und Formen einzutheilen, da es Uebergangs-

formen von der sogenannten typischen zur sogenannten atypischen progressiven Paralyse der Irren giebt.

Augenscheinlich kommt es dabei darauf an, welche Theile des Nervensystems zufäliig stärker afficirt sind, z. B. das Rückenmark oder die Centralwindungen. Ebenso wenig kann man einen Unterschied machen zwischen einer parenchymatösen und interstitiellen Form der progressiven Paralyse der Irren, da eine ganze Reihe von Uebergangsformen beobachtet werden hönnen; in ihrer scharf ausgesprochenen Form unterscheidet sich natürlich die parenchymatöse auch sogar klinisch von der interstitiellen: verhältnissmässig schwach ausgeprägte motorische Störungen, langsamer, streng progressiver, nicht sprungweiser Verlauf, Schwachsinn mit leichtem Grössenwahn oder Depression — das sind ihre Hauptkennzeichen.

Im Anfange meiner Thätigkeit Anhänger der Lehre französischer Psychiater (vor Allem Magnan's) über die Aetiologie der progressiven Paralyse der Irren hatte ich natürlich energische Schmierkuren nicht angewandt und im Laufe von 12 Jahren nicht einen einzigen Fall von Heilung bei progressiver Paralyse der Irren gesehen; Remissionen, welche, wie bekannt, bei indifferenter Behandlung eintreten, sind leicht von der Restitution ad statum quo ante zu unterscheiden. Mit dem Moment, wo ich mich endgültig davon überzeugte, dass die Syphilis fast die einzige Ursache der progressiven Paralyse der Irren ist, fing ich an, bei allen mir begegnenden frischen Fällen eine energische Schmierkur anzuwenden. Wohl wissend, wie schädlich diese Therapie werden kann, lasse ich den Kranken vor Beginn der Kur wägen und setze die Kur nur in dem Falle fort, wenn das Gewicht des Kranken steigt; wenn nach 2—3 aufeinander folgenden Touren das Körpergewicht fällt, so setze ich endgültig die Schmierkur aus und habe dann bei keinem dieser Fälle eine spontane resp. nach indifferenter Behandlung eintretende Heilung beobachtet.

Steigt das Körpergewicht, so verträgt der Kranke, mit Unterbrechungen, im Lauf von 6—12 Monaten leicht 100 Einreibungen von je 2,0 Hg. einer. Der ungünstigste Ausgang nach einer solchen Therapie ist Besserung des Zustandes des Kranken: der Kranke beruhigt sich und die Krankheit schreitet während der nächsten 6—12 Monate nicht fort. In einigen Fällen jedoch, bis jetzt kenne ich 6 derartige, tritt volle Wiederherstellung ein, d. h. der Kranke kehrt zu seiner früheren Thätigkeit zurück und führt er noch dazu eine vernünftige Lebensweise, so werden selbst 2 Jahre lang keinerlei Symptome von progressiver Paralyse der Irren beobachtet.

II.

Zur Frage von der Hysterie bei Soldaten.

Von Dr. W. Greidenberg in Sympheropol.

Trotz der in neuester Zeit in der Litteratur aufgehäuften Casuistik der Hysterie beim Manne haben manche Einzelfälle männlicher Hysterie noch nicht ihr wissenschaftliches und am wenigsten practisches Interesse verloren, zumal unter besonders gearteten Verhältnissen. Hierher gehören namentlich Fälle von Hysterie bei Rekruten und jungen Soldaten, wie sie unter anderem von Oserezkowsky (in seiner Dissertation 1891) und Blumenau*) zusammengestellt worden sind. Je reichhaltiger das Material auf diesem Gebiete ausfällt, um so weiter wird die Aufgabe vorrücken, die Hysterie in das Register der Krankheiten aufzunehmen, die vom Heeresdienste befreien oder doch die von ihr betroffenen Rekruten unter besondere Bedingungen zur Ableistung ihres Dienstes bringen. Unter diesem Gesichtspunkte hat die Beschreibung jedes gut beobachteten Falles von Hysterie ein zweifelloses Recht auf Veröffentlichung. Schon früher sind drei derartige Fälle, darunter einer von Hystero-Epilepsie, von mir und meinem Assistenten Dr. Zakijew beschrieben worden.**)

Der Kranke, um den es sich hier handelt, wurde auf meine psychiatrische Abtheilung der Sympheropoler Anstalten im Sommer 1893 zur Beobachtung aufgenommen und verdient in vieler Beziehung Beachtung.

J. F., 21 Jahre alt, Rekrut eines Infanterie-Regiments, ist von mittlerem Wuchs, regelmässig gebaut, genügend genährt, ohne äusserlich sichtbare Missbildungen.

Der Kopf ist gut geformt, mehr als mittelgross: Horizontalumfang 580, Längsdurchmesser 190, grösste Breite 152 mm, Schädel-Index 80.

Die Untersuchung des Nervensystems ergab folgende Störungen, die ich hier in systematischer Reihenfolge aufzähle:

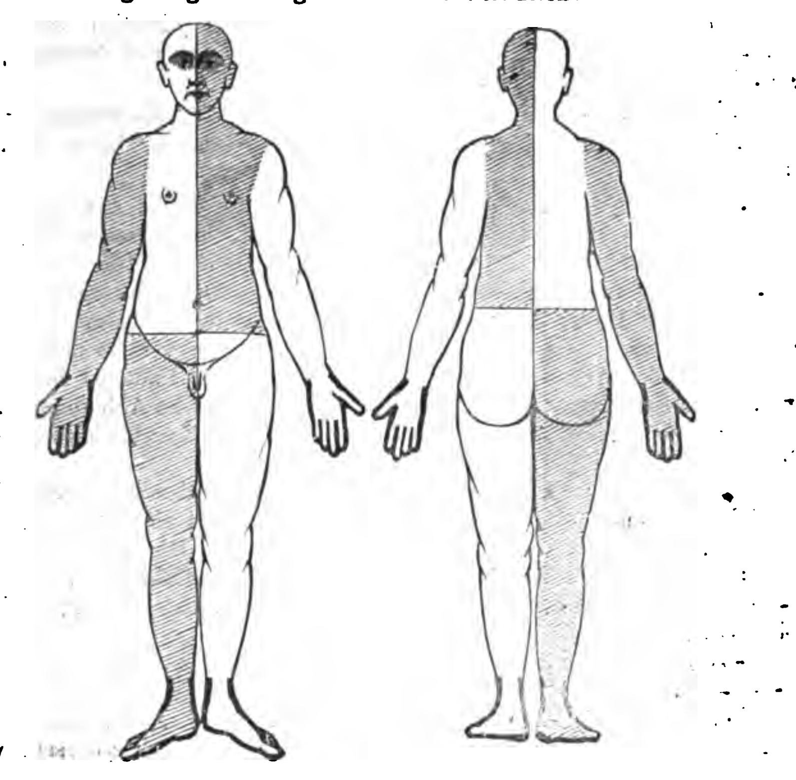
Motilität. Die willkürliche Innervation der linken Gesichtshälfte ist etwas abgeschwächt, die rechte Nasolabialfalte verstrichen, die rechte Pupille etwas kleiner als die linke; die herausgestreckte Zunge zittert merklich. Der Dynamometer zeigt an der rechten Hand 35, an der linken 30. An den unteren Extremitäten fällt sofort ein sehr heftiges, fast rhytmisches Zittern auf, ungefähr 230 mal in der Minute, das sich auf die ganze Länge der Extremität erstreckt, jedoch an den Stellen mit dicker Musculatur, so an den Waden und dem oberen Theil der Oberschenkel, kräftiger ausgesprochen ist; an diesen Stellen bestehen neben dem Tremor noch locale, abgegrenzte fibrilläre Zuckungen einzelner Muskeln und Muskelgruppen.

Das Zittern dauert auch bei völlig ruhigem Verhalten des Untersuchten fort, steigert sich aber beträchtlich bei jeder stärkeren Bewegung, so beim strammen Schritt, im Affect, z. B. während der Exploration, bei mechanischer Muskelreizung, sowohl direct beim Beklopfen der Muskeln mit dem Hammer, wie beim Klopfen der Sehnen, so der Patellarsehne. Will-

*) Wratsch 1895, p. 591 ff.
**) Wratsch 1887, Nr. 44.

kürlich kann er das Zittern nur sehr wenig hemmen und nur zu Anfang eines solchen Versuchs, während es im weiteren Verlaufe desselben vielmehr zunimmt. Im Ganzen ist der Tremor am linken Bein stärker als am rechten. Bei starker Extension des Fussgelenks nahm der Tremor den Character des Clonus an.

Sensibilität: Die Schmerzempfindlichkeit (Nadelspitze und electrischer Pinsel) zeigt folgendes eigenthümliches Verhalten: An der Innen- und



Dicker Contour: Volle Anästhesie. Schraffirung: Herabgesetzte Sensibilität.

Aussenseite beider Fusssohlen und zum Theil beider Sprunggelenke besteht völlige Anästhesie, so dass auch die stärksten faradischen Reize mit dem Pinsel, die schon kräftige Muskelzuckungen hervorriefen, keinerlei Schmerzempfindung erregten. Ferner war an der ganzen rechten unteren Extremität und am Rumpfe links abwärts bis zu einer vorn 2 Querfinger unter den Nabel reichenden Linie, hinten bis zu einer 14—15 cm über der Theilung der Nates reichenden Linie die Sensibilität deutlich herabgesetzt, zumal im Vergleich zur Gegenseite. Die linksseitige Anästhesie erstreckte sich auch vom Rumpf auf das Gesicht.

An den oberen Extremitäten bestand gleichfalls rechtsseitige Hypoästhesie. Die Störung der Schmerzempfindung erstreckte sich auch auf die

Mund- und Wangenschleimhaut. Eine häufig wiederholte Untersuchung ergab beständig dieselben Befunde, mit Ausschluss der Handgelenke beiderseits, an denen manchmal eine zeitweise Restitution der Sensibilität auftrat.

Der Tast- und Muskelsinn zeigte keine erheblichen Abweichungen von der Norm, dagegen ergab die Temperaturempfindung (bei der Untersuchung mit Eis und warmem Wasser) Störungen gleicher Form wie die Schmerzempfindung.

Die vasomotorischen Phänomene waren ziemlich scharf ausgesprochen, schon leichte Reize genügten, um Gänsehaut und dermographische Erscheinungen hervorzurufen.

Reflexe: Die Hautreflexe waren abgeschwächt, die Sehnenphänomene gesteigert, besonders an der Patellarsehne, und zwar letzteres links mehr als rechts.

Ophthalmologischer Befund: (Ich verdanke die genaue Aufnahme desselben Herrn Dr. Maschkowzew.) Sehschärfe rechts $^{20}/_{70}$, links $^{20}/_{50}$; Refraction rechts — 0,75 D, links — 0,7 D. Die Angaben des Kranken selbst sind übrigens ziemlich verwirrt. Augenhintergrund normal. Gesichtsfeld an beiden Augen concentrisch eingeengt, rechts mehr als links, sowohl für weiss, wie für Farben; die Curven der verschiedenen Farben zeigen an beiden Augen verschiedenartige Anordnung, links ist ihre Reihenfolge: blau, roth, grün; rechts: roth, blau, grün. (Siehe Abbildung p. 401.)

Das Gehör ist rechts etwas abgeschwächt; Knochenleitung beiderseits schwach.

Der Geschmack ist erheblich abgeschwächt; ziemlich starke Zucker- und Chinin-Lösungen werden auf der Zunge überhaupt nicht wahrgenommen: eine Empfindung tritt erst auf, wenn die Zunge den Gaumen berührt.

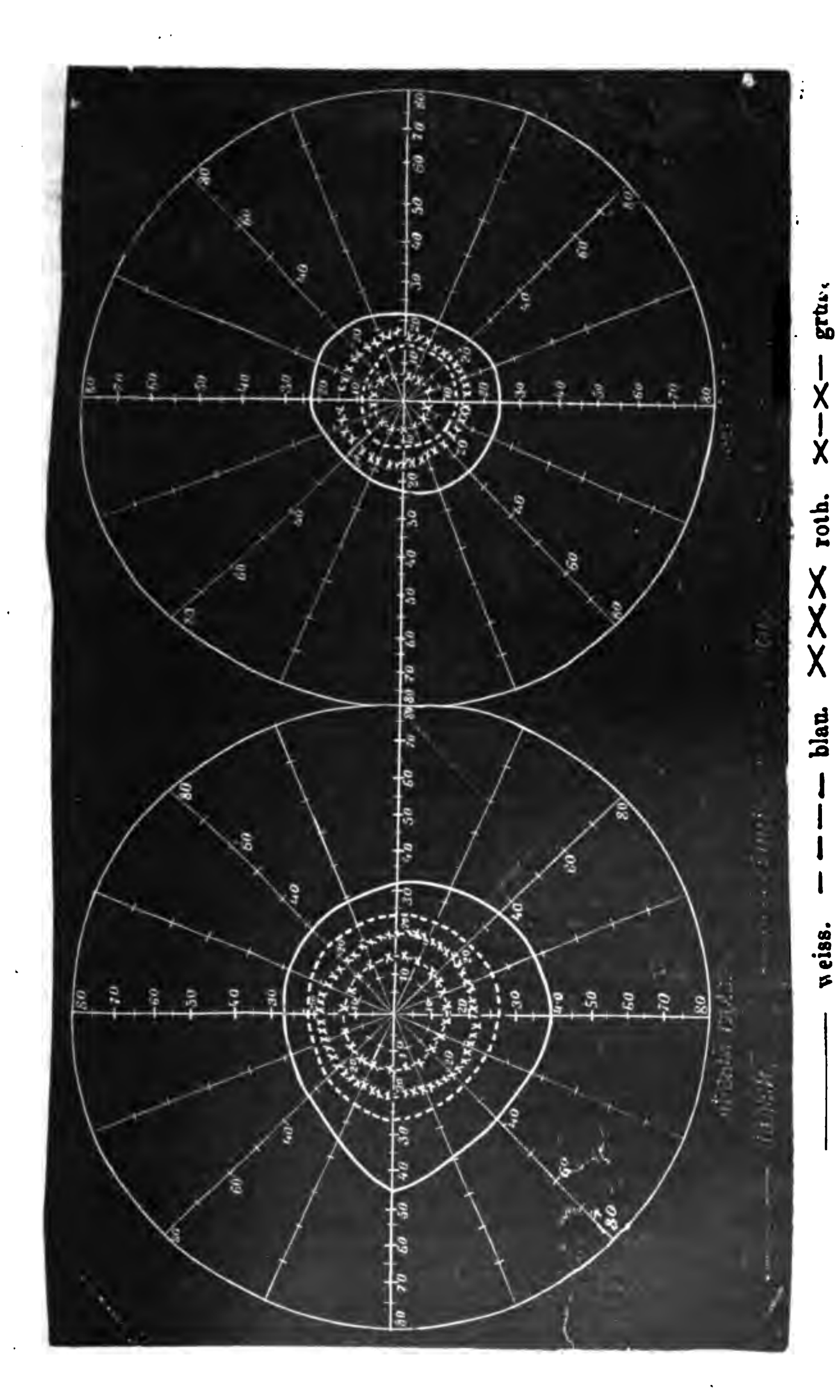
Der Geruch fehlt fast ganz, starkes Ammoniakwasser, das schon Thränenfluss hervorruft, gab gar keine Empfindung, ebensowenig Essigsäure und Valeriana.

Die Herzthätigkeit ist häufigen Schwankungen unterworfen, der Puls schwankt zwischen 80 und 110.

Der Appetit ist im Allgemeinen gering. Starker Widerwille gegen Fleischspeisen, so dass zumeist nur Brod, Thee und Milch genossen wurde.

Darm- und Blaseninnervation normal.

Während der Beobachtung waren vom 30. Juni bis zum 17. Juli 1893 fast täglich ein- oder zweimal Krampfanfälle zu beobachten, bald mit, bald ohne Vorboten. Sie begannen mit einem Schwächegefühl im ganzen Körper, dann wurde das Gesicht blass, der Kranke theilte der Umgebung das Herannahen des Anfalls mit und konnte noch die Pritsche erreichen; 5—6 Minuten darauf trat der Anfall ein. Trat der Anfall ohne Vorboten auf, so fiel der Kranke auf die Erde oder den Fussboden. Die Anfälle selbst schlossen mit einem mehr oder weniger vollständigen Bewusstseinsverlust, allgemeinen klonischen Krämpfen des ganzen Körpers, tiefen Inspirationen, Steigerung der Pulsfrequenz auf 112, Myosis und abgeschwächter Pupillenreaction. Auf Nadelstiche reagirte er im Anfall nicht, dagegen stark auf Reizung der Nasenschleimhaut und der Conjunctiva. Die Dauer des Anfalls variirte zwischen einigen Minuten und einer halben Stunde; nach demselben klagte


weiss.
blau.
roth.
grün

der Kranke über allgemeine Schwäche und Kopfschmerz und verlangte dann manchmal, ins Bett zu gehen.

Die Temperatur, die bei dem Kranken manchmal nicht volle 37° betrug, erreichte nach dem Anfalle, unabhängig von der Stärke und Dauer desselben, 37,5—37,8°, einmal sogar 38,2°, fiel dann innerhalb von 2—3 Stunden wieder auf ihr gewöhnliches Niveau.

Der Kranke besass Erinnerung an die abgelaufenen Anfälle, obgleich nicht völlig; er theilte mit, dass er während mancher Anfälle an ihn gerichtete Fragen hörte und verstände, aber nicht im Stande wäre, darauf zu antworten.

Auf Fragen nach seinem früheren Befinden und dem Beginne des gegenwärtigen krankhaften Zustandes theilte der Kranke mit, dass derselbe bei ihm seit mehr als 3 Jahren besteht und sich nach überstandenem Typhus entwickelt hat.

Somit waren die Haupterscheinungen des vorliegenden Falls: 1. Eigenthümlich localisirte Sensibilitätsstörungen; 2. eigenthümlich paraplegisches Zittern oder Schütteln; 3. concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, Abschwächung des Gehörs und Geschmacks und fast völlige Abwesenheit der Geruchsempfindung; 4. allgemeine Krämpfe mit unvollständigem Bewusstseinsverlust. Dieser Symptomencomplex entspricht zweifellos der Hysterie, mit welcher Diagnose der Kranke auch aus der Abtheilung entlassen wurde. Die Commission befreite ihn darauf von der Dienstpflicht.

Der Fall ist an sich völlig characteristisch und bedarf keines besonderen Commentars. Bezüglich der Aetiologie ist zu bemerken, dass auch Charcot*), Landouzy**), Furet***), Grasset†) und andere Fälle von Hysterie nach Abdominaltyphus mitgetheilt haben.

II. Original-Vereinsbericht.

Zweite Versammlung des norddeutschen psychiatrischen Vereins zu Zoppot am 1. Juli 1895.

Anwesend sind 12 Mitglieder aus den Provinzen Ost- und Westpreussen, Posen und Pommern. Geschäftsführer: Medicinalrath Siemens (Lauenburg in Pommern) und Medicinalrath Kroemer (Neustadt in Westpr.) Nach geschäftlichen Mittheilungen wurden folgende Vorträge gehalten:

1. Dir. Kayser-Dziekanka: Bau und Einrichtung der neuen Posen'schen Provinzial-Irrenanstalt bei Gnesen. Vortr. giebt die Geschichte des Irrenwesens der Provinz Posen in kurzen Zügen, schildert die Entwickelung der Anstalt Owinsk, der Pflegeanstalt Kosten und berichtet an der Hand von Plänen ausführlich über die Ein-

---

*) Progrès Médical 1888, Nr. 4—6.

**) Landouzy: Des paralysies dans les maladies aigues. Thèse 1880.

***) Cit. v. Gilles de la Tourette: Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, p. 92.

†) Daselbst.

richtungen der neuen Anstalt Dziekanka. Sie ist auf einem grösseren Landgut bei Gnesen (492 Morgen) im Pavillonsystem errichtet, für 700 Kranke bestimmt. Bei der Anlage der Häuser wurden Muster von Alt-Scherbitz (möglichste Vermeidung von Corridoren) und Lauenburg (Wachabtheilungen) herangezogen, jedoch vielfach nach eigenen Erfahrungen des Vortr. umgestaltet. Für die Versorgung der irren Verbrecher ist die Errichtung eines Annexgebäudes von fester Bauart bei der Pflegeanstalt Kosten geplant. (Ausführliche Beschreibung von Dziekanka wird in Berichtsform erfolgen.)

2. Dr. **Rabbas**-Neustadt: Zur Behandlung der Epilepsie nach Flechsig. Vortr. berichtet über die Erfahrungen, die in einem Zeitraume von zwei Jahren an 16 Fällen reiner Epilepsie in Neustadt gesammelt wurden. Bei allen war vorher alleinige Brombehandlung ohne befriedigenden Erfolg versucht worden. Den Verlauf der einzelnen Fälle bei der Opium-Brombehandlung demonstrirt Vortr. an Diagrammen, welche über das Verhalten der Anfälle, des Körpergewichts, der Menstruation bei Frauen Auskunft geben. Während des Opiumabschnitts der Behandlung wurden in 14 Fällen die Anfälle häufiger, besonders unangenehme Nebenerscheinungen traten nicht auf. Nach dem plötzlichen Medicamentenwechsel wurden heftige Entziehungserscheinungen nicht beobachtet. Die Erfolge während der Bromperiode zeigten sich hauptsächlich in der Einschränkung der Anfälle. In 12 Fällen hörten die Anfälle für längere Zeit auf, in 3 Fällen sind sie auch jetzt, nach 2 Jahren, nicht wiedergekehrt. Bei den Männern waren die Erfolge weniger günstig als bei den Frauen. Auch auf die interparoxysmalen Erscheinungen (Erregung, Reizbarkeit, Streitsucht) war die Behandlung nach Fl. in einigen Fällen von günstigem Einfluss. Vortr. hält es nicht für rathsam, mit der Bromdosis so schnell herabzugehen, wie Flechsig vorschlägt, seine Erfahrungen fordern dazu auf, grössere Bromdosen noch lange Zeit fort zu geben. Bei einem Vergleich der Erfolge der Flechsig'schen Methode mit den Resultaten der Bromtherapie (Zahlen von Gowers, Stark u. A.) habe die erste die bei weitem günstigsten Erfolge aufzuweisen. (Der Vortrag wird in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie veröffentlicht.)

3. Dr. **Mercklin**-Lauenburg: Zur Prophylaxe der Tuberculose in Irrenanstalten. M. wünscht, dass die tuberculös erkrankten Irren nicht nur im Zustande der Bettlägerigkeit, sondern bereits früher, auch am Tage, vollständig von den übrigen Kranken getrennt werden. Wo sich diese Absonderung aus localen Gründen nicht durchführen lässt, ist jedenfalls die Entfernung der Tuberculösen aus den allgemeinen Wachabtheilungen und aus der Nähe der heilbaren Kranken anzustreben. (Ausführliche Begründung wird in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie veröffentlicht.)

3. Dr. **Dehio**-Lauenburg: Veränderungen von Ganglienzellen bei Intoxicationen. Vortr. geht von Nissl's Anschauung aus, dass der specifischen physiologischen Function verschiedener Ganglienzellen auch morphologisch differente Formen entsprechen. Ist diese Anschauung richtig, so muss sich die pharmacologisch differente Wirkung der einzelnen Nervengifte in einer verschiedenartigen Betheiligung der einzelnen Ganglienzellenformen an der anatomischen Veränderung äussern. . . . .

Vortr. hat jetzt speciell die acute Strychninvergiftung beim Kaninchen in Angriff genommen. Die grossen motorischen Zellen des Vorderhorns befanden sich vorwiegend im pycnomorphen Zustande (Nissl), an einzelnen zeigte sich feinkörniger Zerfall der färbbaren Substanz. Ebenso, aber noch constanter, waren die dem netzförmigen Zelltypus zuzurechnenden Zellen des Vorderhorns ergriffen. Stärkste Veränderungen in der medialen dorsalen Zellgruppe des Vorderhorns. An den Zellen der Spinalganglien und der Hinterhörner wurde bisher keine Veränderung gefunden, die veränderten Zellkerne der Medulla oblongata hat Vortr. noch nicht genügend durchsuchen können. (Demonstration von Präparaten und Microphotogrammen.)

An die Vorträge 1, 2 und 3 schlossen sich kurze Discussionen. Zu Geschäftsführern für 1896 wurden Medicinalrath Siemens-Lauenburg und Director Stoltenhoff-Kortau gewählt. Die Versammlung soll wiederum in Zoppot stattfinden. Mercklin.

III. Bibliographie.

XLI) **Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik in Breslau.** Herausgegeben von Prof. Dr. Carl Wernicke.

(Heft II. Leipzig 1895. 127 Seiten und 21 Tafeln in Lichtdruck.)

Das Heft enthält vier Abhandlungen:

I. **Paul Kemmler:** Ueber Krampfanfälle mit rhytmischen dem Puls synchronen Zuckungen.

Zu den bekannten Formen der epileptiformen Anfälle bei progressiver Paralyse fügt der Verf. eine neue, indem er von den Krämpfen nach dem Typus der Jackson'schen Epilepsie eine neue Gruppe abzutrennen sucht, welche sich durch rhytmische Zuckungen, die mit dem Pulse synchron verlaufen, characterisirt. Die Anfälle dieser rhytmischen Zuckungen, welche im Ganzen die bekannten Eigenthümlichkeiten der Rindenepilepsie besitzen, können sich mit fast allen Erscheinungen der paralytischen Anfälle combiniren. Die Zuckungen sind einfache, kurze Muskelcontractionen von derselben Zeitdauer in allen angegriffenen Muskeln, und jeder Zuckung entspricht genau ein Pulsschlag. Wird der Puls unregelmässig, so folgen die Zuckungen in demselben unregelmässigen Rhytmus. Als Ursache dieser eigenthümlichen Erscheinung muss ein Reiz der pulsirenden Arterie, welcher die motorischen Ganglienzellen in den Centralorganen trifft, angenommen werden. Der Verf. hat versucht, seine Erfahrungen therapeutisch zu verwerthen und meint auch durch directe Einpackung des Schädels mit Eisstücken eine günstige Beeinflussung der Anfälle beobachtet zu haben. Ausser dieser Behandlung empfiehlt er besonders die gebräuchliche Anwendung von Chloroform, Amylenhydrat oder Chloral.

II. **C. Wernicke:** Zwei Fälle von Rindenläsion. Ein Beitrag zur Localisation der Vorstellungen.

In Veranlassung zweier Fälle von Rindenläsion, deren Krankengeschichten ausführlich mitgetheilt werden, hebt W. interessante Erwägungen hervor über die sogenannten Tastvorstellungen. Er definirt diese als die

„Erinnerungsbilder der stets (bei denselben Dingen) in gleichbleibender Anordnung und Reihenfolge wiederkehrenden Tastempfindungen concreter Gegenstände." Und von Tastlähmung, d. h. „von Verlust der Fähigkeit, Gegenstände durch Tasten wieder zu erkennen", werden wir dann reden können, wenn Störungen der Sensibilität, die das Symptom erklären könnten, entweder ganz fehlen oder doch zu geringfügig sind, um es zu erklären. In den genannten zwei Fällen, über dessen Einzelheiten, sowie die Details der theoretischen Auseinandersetzungen wir auf das Original verweisen, handelte es sich um rechtsseitige Lähmung des Gesichts und der Hand, im Falle Janowski um traumatische Zerstörung durch äussere Gewalt, im Falle N. um eine Läsion auf innerer Arterienblutung eines Theils der beiden mittleren Drittel der Centralwindungen beruhend. Auch in Bezug auf die Vertheilung der motorischen, sowie der sensiblen Lähmung bietet der erste Fall bemerkenswerthe Eigenthümlichkeiten, indem beide sich in gewissen Stadien der Erkrankung nach den grossen Gliedabschnitten des Armes richteten, wie W. es schon früher für partielle Rindenläsion als characteristisch erwiesen hat.

III. **Heinr. Sachs**: Das Gehirn des Förster'schen „Rindenblinden".

IV. **Ernst Hahn**: Pathologisch-anatomische Untersuchung des Lissauer'schen Falles von Seelenblindheit.

Diese beiden letzten Abhandlungen enthalten detaillirte Beschreibungen der anatomischen Untersuchungen 1. des von Förster im Band 36 des Archivs für Ophthalmologie mitgetheilten Falles von „Rindenblindheit" und 2. des von H. Lissauer im Archiv für Psychiatrie, Bd. XXI, mitgetheilten Falles von Seelenblindheit. Sie sind für ein kurzes Referat nicht geeignet.

Koch (Kopenhagen).

XLIII) **A. Forel**: Der Hypnotismus, seine psychophysiologische, medicinische, strafrechtliche Bedeutung und seine Handhabung. Dritte verbesserte Auflage mit Adnotationen von Dr. O. Vogt, Assistent an der psychiatrischen Klinik zu Leipzig.

(Stuttgart. F. Enke, 1895.)

Wir haben schon bei Besprechung der 2. Auflage der Forel'schen Schrift (Centralblatt 1891. S. 326) die Vorzüge derselben eingehend gewürdigt; so dass wir bezüglich der nunmehr vorliegenden 3. Auflage uns kürzer fassen können, zumal der Autor in allen wesentlichen Punkten im Bereiche der Suggestionslehre sich noch zu den früher vertretenen Ansichten bekennt. Die neue Auflage ist wieder erheblich angewachsen (von 172 Seiten auf 223 Seiten) und enthält neben manchen Aenderungen zahlreiche Zusätze, von welchen ein erheblicher Theil von Dr. Vogt herrührt. Unter den von letzterem Autor stammenden Mittheilungen verdient in erster Linie eine Statistik der Hypnotisirbarkeit Erwähnung, welche 119 von November 1894 bis Februar 1895 in der Leipziger Nervenklinik Hypnotisirungsversuchen unterworfene Personen betrifft. Der von Vogt erreichte Procentsatz an Hypnotisirten übertrifft alle Leistungen anderer Beobachter auf diesem Gebiete. V. fand unter 119 Personen:

refractär = 0,
somnolent (i. e. leicht beeinflusst) = 2,
tiefer beeinflusst = 117,
darunter 99 somnambul.

Zu den Somnambulen gehörten sämmtliche Nervengesunde, an welchen Versuche vorgenommen wurden. V. steht daher nicht an, zu behaupten, dass bei jedem geistig gesunden Menschen Somnambulismus erzeugt werden kann, eine Behauptung, die mit den Erfahrungen sehr competenter Beobachter nicht in Einklang steht und die auch dem Referenten zu weitgehend erscheint. Es wäre sehr wünschenswerth gewesen, wenn V. nähere Angaben über den Stand der von ihm hypnotisirten Nervengesunden gemacht hätte, da bekanntlich die Hypnotisirbarkeit bei Personen verschiedenen Standes nicht gleich ist. Von den Bemerkungen, welche V. an seine Statistik anfügt, wollen wir hier nur eine anführen, weil dieselbe auf eine für die Praxis sehr bedeutsame, auch von Freud*) jüngst betonte Thatsache hinweist. „Die Beziehung zwischen Suggestibilität und Erfolg mit therapeutischen Suggestionen ist — wie nicht genügend der meist herrschenden Ansicht gegenüber hervorgehoben werden kann — eine sehr geringe. Das Haftenbleiben momentan erfolgreicher Suggestionen ist eine ganz andere psychische Eigenthümlichkeit wie die Suggestibilität."

Vogt hat auch den Versuch einer mechanischen Erklärung der Suggestionserscheinungen unternommen, der zwar manchen Einwänden begegnen wird, aber jedenfalls die zu erklärenden Erscheinungen unter einen einheitlichen physiologischen Gesichtspunkt bringt. Nach V. beruhen die Suggestionserscheinungen auf Hemmungen und Bahnungen wie andere nervöse Vorgänge. Bei den Hemmungen, welche bei den Suggestionsvorgängen im Spiele sind, handelt es sich jedoch nur um Ableitungen des Neurokyms (der fortschreitenden Nervenerregung), welche die Erregbarkeit des einzelnen Neurons als solchen herabsetzen und mit Bahnungen in anderen Gebieten einhergehen, so dass im Grunde alle Suggestionserscheinungen auf einseitige Bahnungen sich zurückführen liessen. L. Löwenfeld.

XLIII) **Fr. Lange:** De vigtigste Sindssygdomsgrupper i kort Omrids. (Die wichtigsten Psychosengruppen in kurzem Umriss.)
(Kopenhagen, Gyldendal, 1893. 359 S.)

Abgesehen von einer kurzen compilatorischen Arbeit von Flindt, die ich 1889 in diesem Blatte besprochen habe, ist das vorliegende Buch die erste Bearbeitung der Psychiatrie in dänischer Sprache. Die reiche Erfahrung, die selbsständige Verwerthung der Litteratur und die Originalität der Auffassung zeichnen das Buch besonders aus, dazu kommt eine sehr klare und gefällige Darstellung; letzterer Vorzug tritt besonders in der Darstellung Meynert'scher Ideen durch L. hervor, da dieser Forscher neben Morel ihn offenbar am meisten beeinflusst hat; auch auf den Einfluss Kahlbaum's deutet manches hin.

L. bestimmt sein Buch für den practischen Arzt, seine Originalität macht es aber auch für den Psychiater interessant; es behandelt alle

*) J. Breuer u. S. Freud: Studien über Hysterie. Leipzig u. Wien, 1895, S. 85

klinisch wichtigen Psychosenformen mit Ausschluss der psychischen Störungen bei Hysterie und Epilepsie und bei idiopathischen organischen Leiden, sowie des Schwachsinns und der Idiotie. Sein Standpunkt ist ein weiter, biologischer, L. ist zugleich, wenn ich so sagen darf, Somatiker und misst psychischen Factoren nur geringe ätiologische Bedeutung bei, betont vielmehr die bio-anthropologischen Factoren: der angeborenen Constitution, der physiologischen Entwicklungsprocesse des Lebens (Pubertät, Gravidität, Puerperium und Lactation, Climacterium, Senium) und würdigt ganz besonders die Traumen als Ursachen.

Den Ausgangspunkt für die erste Orientirung auf dem weiten Gebiete wählt L. nicht in anatomisch-physiologischen Thatsachen, sondern in der klinischen Erfahrung. Pathologisch-anatomische Beziehungen vermeidet er ganz. Ueber diejenigen Resultate der klinischen Psychiatrie, die seiner Darstellung zu Grunde liegen, sagt L: „Es handelt sich darum, eine Reihe von Merkzeichen festzustellen, um die es sich in den einzelnen Krankheitsbildern beständig handelt; es sind diese Merkzeichen, welche die klinische Untersuchungsmethode uns kennen gelernt hat, eine kleine Reihe einzelner Erkenntnisse, theils älteren, theils neueren Datums, noch eng begrenzt an Zahl, wenn auch gewiss dazu bestimmt, in Zukunft erheblich an Zahl zuzunehmen, aber bereits, obwohl wesentlich nur symptomatisch, so weit bekannt, dass sie das feste Stroma bilden, welches allem unserem Wissen von der eigentlichen Natur der Psychosen zu Grunde liegen, worin die ätiologischen Momente wieder ihre nüancirenden Fäden einschiessen und so die mannigfach variirten Einzelfälle hervorbringen, die wohl eine viel reichere Abwechslung bieten, als man auf irgend einem anderen Gebiet der Pathologie findet."

Für diese bleibenden Thatsachen in der Flucht der Erscheinungen hat L. die Bezeichnung „psychiatrische Radicale" vorgeschlagen, wobei er — ohne es ausdrücklich zu sagen — wohl an die Radicale der organischen Chemie gedacht hat. In diesen Radicalen sieht er das Bleibende, während ihre Combinationen, die individuellen Fälle wenig constant sind; mit anderen Psychiatern meint nämlich L., dass diese Combinationen innerhalb relativ kurzer Zeiträume ihre Form wechseln, was er besonders eingehend für die Verrücktheit erörtert, aber auch für die Manie und Paralyse behauptet.

Er zählt 6 Radicale auf: 1. Hemmung, 2. Flucht, 3. Schwächung, 4. Wahnvorstellung, 5. Zwangsvorstellung, 6. Stupor. „Ueber diese Radicale" ist nach seiner Meinung jedes uns bekannte Krankheitsbild geformt, bald mehr allein, also auf einem Radical aufgebaut, bald mehr zusammengesetzt, also auf zwei oder mehr Radicalen aufgebaut.

Die Hallucinationen will L. nicht in eine Reihe mit seinen Radicalen stellen, theils weil sie im Gegensatze zu diesen ihren Boden in den niederen Regionen des Hirns, den subcorticalen Centren haben, theils weil sie, letzterem Umstande entsprechend, „nicht den Ausgangspunkt irgend einer besonderen Form einer Psychose bilden, sondern nur als Complication zu gelten haben, die allen gemeinsam ist, wenn auch in höchst verschiedenen Graden und verschiedener Häufigkeit."

Als psychophysiologische Rückwirkung der Hemmung schildert nun L. wesentlich im Anschluss an Meynert die Melancholie, als deren häufigste

Formen er nennt: 1. Melancholie, characterisirt durch rein psychische Verstimmung und Schwarzsehen; 2. Melancholie mit Nichtsheitgefühl, Zweifel und Angst; 3. Melancholie mit Unterschätzungs- und Selbstanklage-Vorstellungen, wo der Process deutlicher auf das Gebiet des Vorstellungslebens übergreift; 4. Melancholie mit Zwangsvorstellungen; 5. die passive Melancholie.

Das zweite Radical, die Flucht, prägt sich uncomplicirt in der Manie aus; L. wählt den Ausdruck „Flucht", nicht den: „Ideenflucht", weil dieser Process in Folge seiner Natur sich nicht auf die psychische Sphäre allein beschränkt, „sondern aus dieser secundär auf die motorischen und vasomotorischen Centren übergreift und sich durch ein potenzirtes Leben auf dem Gebiete der Handlungen und vegetativen Functionen äussert." Auch hier schliesst L. sich Meynert's Theorie der Manie an.

Die Darstellung der Schwächung beginnt sogleich mit der „der Krankheitsform dieses Radicals, der Verwirrtheit". Auch hier folgt L. Meynert, dessen Schilderung er sehr klar, auch unter Acceptirung einer primären Affection der „Associationsfasern", wiedergiebt und durch gut gewählte Krankengeschichten illustrirt. Ganz besonders betont L. die bedeutende Rolle, welche, „dank der Anarchie des Controlapparats," Illusionen in den concreten Bildern der Verwirrtheit spielen, „neben den augenfälligeren Hallucinationen"; ferner führt er aus, wie „Processe in den Rindenzellen mit hineinspielen und wie von ihnen eine hellere oder dunkle Farbennüance über das Bild hinfällt."

Das Radical Wahnvorstellung hat nach L. gleichfalls seinen Sitz im Associationsapparat; über seinen Mechanismus äussert er sich in einer interessanten Kritik der von Morel angedeuteten und von Meynert genial ausgeführten Hypothese, wonach die Wahnbildung ihre Grundlage in einer „Hyperästhesie der subcorticalen Centren" hätte; er nimmt vielmehr „ein corticales Leiden, einen Reizzustand eines Complexes von Associationsbogen" an.

Von dieser Voraussetzung aus entwickelt L. eine Theorie der Verrücktheit, die plausibel ist, aber deutlich erkennen lässt, wie hypothetisch doch schliesslich alle über einfache Grundzüge hinausgehende psycho-physiologischen Constructionen von Krankheitsprocessen sind. Ich greife als Beleg für dieses Urtheil die Ausführung über das Stadium der Grössenideen in der Verrücktheit heraus: „Wenn nun die Krankheit schliesslich zu ihrem secundären Entwicklungsstadium gelangt ist, tritt Erschlaffung, Labilität ein, ein Gesetz, das sich ständig im ganzen Bereich der Psychosen geltend macht; wo bisher die Irritation den einförmigen Process unter Anspannung und Schmerz in Gang erhielt, da wird der Weg nun durch Erschlaffung ausgefahren und glatt; die alten Gedankencombinationen setzen sich auf der gewohnten Bahn fort, aber mit abnormer Leichtigkeit und Widerstandslosigkeit, der ihrem Verlauf einen Anstrich manischer Flucht giebt; nur ist das Verhältniss zur Manie hier dasselbe, wie in früheren Stadien das zur Melancholie, es ist die Art der Verbindung der Vorstellungen, die das primäre Moment ist, während der leichte, labile Verlauf secundär sein Licht über das Stimmungsleben des Kranken wirft".

Die sogenannte „acute Verwirrtheit" verweist L. in das Gebiet der „Verwirrtheit mit Wahnvorstellungen".

Von dem Radical „Zwangsvorstellen" sagt L., es träte im Gegensatz zu anderen Radicalen nicht eigentlich in einer bestimmten Krankheitsform auf, für welche es Grundlage und Ausgangspunkt bilde, vielmehr könne es in verschiedener Art im Verlaufe der Psychosen auftreten, und wäre besonders characteristisch für das zu Krankheiten prädisponirte Organ und eng an die hereditäre Anlage geknüpft. L. betont besonders die Analogien zwischen Krampf und Zwangsvorstellung, wo hinein er auch die günstige Wirkung der Bromsalze auf letztere bezieht.

Den Stupor, den er auch als „Lähmung" bezeichnet, characterisirt L. als den Kernpunkt der Krankheitsform, die man wegen einer gewissen äusseren Aehnlichkeit mit dem melancholischen Processe als „stupide Melancholie" bezeichnet hat. Meynert gegenüber, der im Stupor die extremste Form der Verwirrtheit sehen wollte, betont L., dass das eigentliche, wenn auch nicht psychologische Characteristicum des Stupors, die cataleptiformen Erscheinungen, der Verwirrtheit stets und ganz fehlt, und dass ferner nicht nur der Associations-, sondern auch der Apperceptions-Apparat im Stupor völlig ausser Function zu sein scheint. Eine eigentliche Theorie des Phänomens versucht L. nicht; er sagt nur: „Man kann den Zustand nur characterisiren als die mehr oder weniger vollständige Aufhebung, Lähmung der höheren Hirnfunctionen, während sich vermuthlich in dem anarchischen Organ ein freies Spiel untergeordneter Factoren tummelt."

Das nächste, die Aetiologie behandelnde Kapitel enthält sich aller Zahlenangaben, deren Werth L. gering anschlägt, und betont, wie bereits erwähnt, besonders die bio- und anthropologischen Factoren. Den interessentesten Theil dieses Kapitels bilden L.'s Ausführungen über die Bedeutung der Civilisation im Verhältniss zu den Psychosen. „Ist es als eine Gefahr oder als ein Schutz für das Gehirn — besonders den als Träger des geistigen Lebens betrachteten Theil desselben — zu betrachten, wenn es den Entwicklungsprocess durchgemacht hat, den man mit dem Worte Bildung bezeichnet?" Wirkt dieser Hauptfactor der Civilisation erschöpfend oder stärkend oder entwickelnd auf das Organ, wie ja der Gebrauch bei anderen Organen stärkend wirkt? L. enthält sich aber selbst einer bestimmten Antwort auf diese Fragen und betont, dass ein reiches geistiges Leben mit einer pathologischen Anlage des Hirns vereinbar ist und dass die innere Stabilität des Gehirns nicht an seinem Kraftaufwand nach aussen gemessen werden darf.

Er hat nun die Frage innerhalb eines engeren Gebiets zu prüfen gesucht und ermittelt, wie häufig innerhalb seines eigenen Erfahrungskreises Psychosen der Lebensperiode vom 16.—19. Jahre vorkommen, also zu einer Zeit, wo eine planmässige Bildung bereits in der einen oder anderen Richtung ihren Einfluss auf das Gehirn geltend gemacht haben muss. Während in seinem Material im Ganzen sich die Zahl der Gebildeten zu der der Ungebildeten verhielt wie 1 : 3,5, fand er 41 Fälle von Pubertäts-Psychosen bei Gebildeten, 139 bei Ungebildeten, also 1 : 3,4; eine Ermittelung der Endresultate des Krankheitsverlaufs bei diesen Fällen zeigte aber, dass nur 10 % der Gebildeten in tiefe Demenz versanken, dagegen 34 % der Ungebildeten. Dieses Resultat scheint immerhin mehr zu beweisen, als ganze Reihen theoretischer Erwägungen. Auch für die Verrücktheit ist

L. zu ähnlichen Resultaten gekommen, nämlich dass „die Verrücktheit bei gebildeten Individuen nicht — oder nur in seltenen Ausnahmen — so stark entwickelte und barocke Formen annimmt, wie bei den Ungebildeten.

Die Heredität nimmt in L.'s Darstellung der Aetiologie den breitesten Raum ein; unter Hinzunahme der 80 Seiten füllenden Darstellung der „Hereditätspsychosen“ im speciellen Theil wird man bei ihm wohl die erschöpfendste Darstellung dieser Thatsachen und Probleme finden, die einen erheblichen Fortschritt über die Leistungen Legrand's und Binswanger's hinaus bildet. Mit der Schilderung der „sich auf erblicher Grundlage entwickelnden Psychosen“ beginnt der specielle Theil des Werks. Diese Gruppe wird eingetheilt: a) Psychosen der Pubertät, b) die impulsive Psychose, c) Moral insanity, d) die periodischen Psychosen. Hier ist die Behandlung der Pubertäts-Psychosen besonders originell und ausführlich ausgefallen.

Aus der Characteristik der hereditären Anlage möchte ich mit Rücksicht darauf, dass das Buch aus sprachlichen Gründen den meisten unserer Leser unzugänglich ist, einen Abschnitt wiedergeben: „Fragt man nach der Beschaffenheit dieses angeborenen Schwächezustandes, so drängt sich unwillkürlich der Vergleich zwischen seiner Aeusserungsweise und dem Radical auf, das ich oben unter der Bezeichnung „Schwäche“ geschildert habe. Es scheinen gerade dieselben Elemente zu sein, die in beiden Fällen angegriffen sind, wie es auch dieselben sind, welche bewahrt bleiben. Die Auffassung, die Empfänglichkeit und die Reproduction sind — jedenfalls relativ — intact in beiden Fällen; das Bearbeitungsvermögen, die Kraft der Reflexion dagegen sind in beiden die schwachen Punkte — also ein Schwächezustand, den wir nicht in die Zellenmasse der Corticalsubstanz zu verlegen haben, sondern in ihren Associationsapparat, wie wir uns denselben nun denken mögen. Es ist diese Schwäche, welche, wenn sie ihren Ausdruck in ihrer entsprechenden acuten Krankheitsform findet, unter dem einen oder dem anderen Bilde des sehr mannigfachen Leidens auftritt, das wir mit dem Namen „Verwirrung“ bezeichnen. Wenn wir dasselbe, wie hier, nicht als acute Krankheit, sondern als einen ererbten Schwächezustand vorfinden, der noch nicht eigentlich Krankheit ist, sondern nur die Voraussetzung für eine solche, so wird der Zustand gewiss anders in seiner Aeusserungsform; aber die Grundlinien sind doch ganz dieselben. Ich behaupte nicht, dass damit alles über Natur und Wesen der hereditären Disposition gesagt ist, ich habe schon früher andere Momente berührt, z. B. die Beziehung der Wahn- und Zwangsvorstellung zu dem degenerativ angelegten Hirn, ein Phänomen, welches darauf hinweist, dass ein einzelnes isolirtes System von Zellen und Associationsbahnen in eine schwingende Bewegung versetzt werden kann, während die Nachbarschaft in einer für ein normales Gehirn undenkbaren Weise, davon unberührt bleibt, und auch andere Verhältnisse könnten hier noch herangezogen werden. Aber der angeborene Schwächezustand im Associationsapparat scheint mir doch die grosse und breite Basis für das Gebiet der erblichen Disposition zu bezeichnen . . . Alles das ist natürlich nur relativ; ganz ohne Associationskraft ist kein Individuum, wenigstens auf dem Gebiete der eigentlichen Psychosen: was etwa in der Tiefe des Schattenreiches der Idiotie vorgeht, ist hier nicht meine Aufgabe zu erörtern.“

Sehr fein und geistvoll erörtert L. die Analogien zwischen dem Temperament des Künstlers und der Degeneration; er erinnert hier vielfach an Lombroso. Eine seiner einschlägigen Bemerkungen soll noch in extenso gegeben werden: „Ich glaube für das Wesen der Degeneration das Gesetz aufstellen zu können, dass sie das Individuum und dadurch den Stamm dessen beraubt, was ihre neueste geistige Erwerbung ist. Auf diesem Standpunkte lässt sie dann viele Individuen stehen. Erst wenn die Schwächung weiter fortschreitet und sich zu höheren Graden entwickelt, greift sie die Kräfte und Fähigkeiten an, die, wie Gedächtniss, Reproduction, Gefühlsleben u. s. w. schon längst im menschlichen Organismus tiefe Wurzeln geschlagen haben und stärker befestigt worden sind, weil sie einen längeren Entwicklungsprocess zu durchlaufen haben. Die Degeneration verwüstet zuerst die neuesten Schichten."

Ich kann L. nicht weiter in die Einzelheiten seiner speciellen Schilderung folgen. Dass die Erscheinungen, welche der Irrenarzt täglich vor Augen hat, durch seine Darstellung in neuem Lichte erscheinen, ergiebt die von allen Lehrbuch-Schematen ganz abweichende Gruppirung des Erfahrungsmaterials. Nach den hereditären Psychosen giebt L. noch folgende Kapitel:

Psychosen, welche durch die physiologischen Entwicklungsprocesse des Lebens bedingt sind. a) Psychosen der Geburtsvorgänge (α. Gravidität, β. Puerperium, γ. Lactation). b) Climacterische Psychosen. c) Psychosen des Seniums (p. 194—230).

Durch psychische Ursachen hervorgerufene Psychosen. (Psycho Neurosen). (p. 231—234.)

Psychosen, welche durch Contusion des Schädels hervorgerufen sind (p. 234—253)

Psychosen bei Hirnkrankheiten und Neurosen (p. 254—260).

Psychosen, welche secundär durch andere Krankheiten hervorgerufen werden (p. 260—268).

Intoxicationspsychosen: a) Die potatorischen Psychosen, b) der Morphinusmus, c. die harnsaure Diathese (p. 268—301).

Die Dementia paralytica.

Für deutsche Leser wird die eingehende Behandlung der Psychosen bei harnsaurer Diathese, besonders die der dabei vorkommenden periodischen Depressionszustände, von besonderem Interesse sein. Leider muss ich mir ein näheres Eingehen auf diese sehr interessanten Ausführungen versagen.

Kurella.

XLIII) **Michael v. Lenhossék** (Würzburg): Beiträge zur Histologie des Nervensystems und der Sinnesorgane.

(Wiesbaden. Verlag von Bergmann.)

In dem vorliegenden Buche liefert der Verfasser, einer der besten Kenner der Golgimethode in Deutschland eine Reihe von Aufsätzen über Details aus der Nervenlehre. Es ist mit einigen Ausnahmen nichts neues von Belang in den 9 Aufsätzen vorhanden, aber auch Bestätigungen von Befunden anderer Forscher sind in der heutigen Zeit werthvoll, wo jede Nummer der Fachzeitschriften neue Beobachtungen und Hypothesen aus dem Gebiete der Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems bringt.

In dem ersten Aufsatz „Die Nervenendigungen in den Cristæ und Maculæ acusticæ“, stellt der Verfasser als Schema für den Bau dieser Sinnesepithelien folgende 3 Zellschichten auf: 1. Eine Haarzellzone, 2. ein nervöses Stratum plexiforme, 3. eine Stützzellzone. Er bestätigt die schon von Retzius constatirten freien Endigungen der Acusticusfasern, die sich nach Bildung eines intraepithelialen Plexus an den Haarzellen des Hörepithels emporschlängeln, um unterhalb der Oberfläche des Epithels frei zu endigen. Die von Remak zwischen diesen Nervenendigungen und der Haarzelle beschriebene halb nervöse Zwischensubstanz stellt der Verfasser als differente Bildung in Abrede und erklärt sie als eine chemisch oder physikalisch veränderte periphere Schicht des Zellprotoplasmas. Der von der Endolymphe vermittelte Reiz trifft also nicht direct die Nervenfaser, sondern die Haarzelle, welche die Fähigkeit besitzt, ihn in diejenige Form umzuwandeln, welche wir Nervenerregung nennen. Dieselbe Fähigkeit spricht allerdings der Verfasser auch den Stützzellen zu (?), in Folge der Beobachtung, dass einzelne Nervenfasern aus dem intraepithelialen Plexus zu den Basaltheilen der Stützzellen ziehen. Während ihres intraepithelialen horizontalen Verlaufes geben die Nervenstämmchen mehrere vertical aufwärts zu den Haarzellen verlaufende Seitenzweige ab, so dass je einer einzigen Acusticusfaser ein ganzer Complex von Haarzellen subordinirt ist, welche alle auf eine und dieselbe Reizform abgestimmt sind. Im Gegensatz zu Ayers (Milwaukee) betont dann noch der Verfasser die durchgehends bipolare oppositipole Beschaffenheit der Zellen in den Acusticusganglien, wodurch sie sich deutlich als Cerebrospinalganglien, allerdings von entwicklungsgeschichtlich niederer Form, kennzeichnen.

In dem zweiten Kapitel „Zur Kenntniss des Rückenmarkes der Rochen“ weist L. die interessante Thatsache nach, dass in Bezug auf den inneren Bau des Rückenmarkes die aufsteigende Reihe der Entwicklung von den Selachiern unter Umgehung der Knochenfische direct zu den Amphibien hinleitet. Die graue Substanz zeigt nicht die bekannte H-Form, indem die plumpen Vorderhörner durch die beiderseits bis zur Mittellinie reichenden Seitenstränge von den Hinterhörnern abgetrennt sind. Hinterstränge sind nur in Gestalt einer reticulirten Beschaffenheit der Hinterhörner vorhanden. Die motorischen Vorderhornzellen sind ausserordentlich gross; sie nehmen den grössten Theil der Vorderhörner ein und ihre sehr stark entwickelten Dendriten finden daher ihr Hauptverzweigungsgebiet in der weissen Substanz und um dieselbe herum als circummedulläres protoplasmatisches Geflecht. Im Gegensatze zu Viault betont Verf. die Thatsache, dass auch bei Raja die vorderen Wurzeln sich nicht aus gekreuzten Fasern zusammensetzen, sondern ihre Elemente stets von der gleichen Rückenmarkshälfte beziehen. Die verhältnissmässig spärlich entwickelte Glia gleicht derjenigen höherer Wirbelthiere aus embryonaler Zeit.

Die folgenden 3 Aufsätze enthalten kurze Bemerkungen über die freien Nervenendigungen in der Riechschleimhaut, die wahrscheinlich sämmtlich Endverzweigungen des Trigeminus darstellen, — über eigenthümliche Commissurenzellen beim Hühnchen, welche bis an die Peripherie der weissen Substanz hinaus verlagert sein können, — und über Golgi'sche Commissurenzellen, welche, auf die andere Seite des Markes gelangt, nicht in der weissen,

sondern in der grauen Substanz endigen, wobei sie vermuthlich mit ihren Endarborisationen Strangzellen umfassen.

In dem sechsten Aufsatze über die Endknospen der Barbe und des Aales, die sich mit geringen Unterschieden gleichen, weist der Verf auch wieder freie Nervenendigungen an den Sinnesepithelien nach. Die Nervenbündel treten an den unteren Rand der flaschen- oder knospenförmig angeordneten Geschmacksepithelien. Hier fasern sich die Nervenstämmchen auf und bilden — ohne Anastomosen aufzuweisen — ein dichtes kelchartiges Gitterwerk „Cupula". Nervenendigungen finden sich jedoch nicht in diesem Gebilde, vielmehr erheben sich aus der Cupula die einzelnen Nervenfibrillen und verlaufen an die Oberfläche des Epithels, wo sie mit Terminalknötchen oder spitz endigen. Die Uebernahme der Erregung durch die Nervenfaser erfolgt nach L mit Sicherheit an der Cupula, ob auch an den Nervenendigungen, entscheidet Verfasser nicht, weil hier die Nervenfibrillen, die sich nur circumgemmal, nie intragemmal finden, nur mit den Deckzellen in Berührung treten und man also auch diesen die Fähigkeit zuschreiben müsste, den von aussen empfangenen Reiz in Nervenerregung umzuwandeln. — Bei dem Aale findet sich ausser dieser Form der Nervenendigungen der Geschmacksknospen noch eine zweite. Es treten nämlich entweder aus der Cupula oder auch von der Seite einige Nervenstämmchen an die Knospe heran, umkreisen sie mehrere Male, ohne jedoch Anastomosen zu bilden und endigen frei, theils mit, theils ohne Terminalknötchen. Sie liegen aber nie der Knospe unmittelbar an, sondern halten sich stets in einiger Entfernung davon und sind desshalb als sensible Nerven der die Knospe umgebenden Epithelschicht aufzufassen.

In dem 8. Aufsatze über Spinalganglien bestätigt der Verfasser die von Disse beschriebenen multipolaren Zellen in den Spinalganglien. Verf. fand sie in geringer Anzahl stets im proximalen Theile des Ganglions und stellt desshalb für die physiologische Bedeutung der Dendriten folgende beiden Möglichkeiten auf: Entweder dienen sie zur Uebertragung des Reizes an die in den Spinalganglien nachgewiesenen vom Grenzstrange kommenden sympathischen Nervenfasern oder an Collateralen, welche aus dem Rückenmarke kommen. Hieran schliesst L. eine Betrachtung über den Unipolarisationsvorgang der Spinalganglienzellen, den er nicht als etwas fundamentales, sondern lediglich als den Effect von Druckwirkungen der Zellen auf einander, von Zugwirkungen, die vom Rückenmark ausgehen und von ungleichem Wachsthum der einzelnen Theile der Zellen auffasst. Der ursprünglich protoplasmatische Stiel der beiden Zellfortsätze wandelt sich im Laufe der Entwicklung in einen richtigen Neuriten mit Henlescher- und Markscheide und mit doppelseitigem Leitungsvermögen um.

In Kapitel VIII behandelt Verfasser das Ganglion geniculi und seine Verbindungen. Er bestätigt die von Retzius aufgestellte Behauptung, dass dasselbe ein echtes Cerebrospinalganglion ist, was seine ausschliesslich pseudounipolaren Zellen beweisen. Seine sensible Wurzel ist der Nervus intermedius, der sich jenseits des Ganglion mit dem ursprünglich motorischen N. facialis vermischt. Unter den peripheren Verbindungen des Ganglion Geniculi unterscheidet L. 3 Fasergruppen. Das stärkste Bündel tritt, ohne mit den Zellen des Ganglion in Verbindung zu treten, durch dasselbe hin-

durch, um centripetal am Facialisstamm hirnwärts zu ziehen; es ist dies der N. petrosus superficialis major, den L. im Anschluss an die bisherige Anschauung für einen rein motorischen Nerven hält. Die beiden anderen Faserbündel, welche weniger scharf von einander gesondert sind, enthalten nach L. sowohl sensible als sympathische Fasern, und zwar hält er die eine Categorie, welche das Ganglion durchsetzt, um im Facialis peripheriewärts zu verlaufen, mit Sicherheit für sensible Elemente, die er als Endverzweigungen des Ramus recurrens, des Ramus supramaxillaris trigemini auffasst. Die Fasern des dritten Bündels endlich scheinen nach L. theils sympathischer, theils sensibler Natur zu sein. Sie finden entweder ihre Endigung in dem Facialisstamm, indem sie hier mit breiten Endarborisationen auslaufen, oder sie theilen sich im Stamme des Facialis und verlaufen in ihm proximal und distal. Einige der Fasern verlassen den Facialis bald, um in der Duralauskleidung des Canalis Fallopii zu endigen.

In Kapitel IX über das Ganglion Sphenopalatinum weist L. die ausgesprochen sympathische Beschaffenheit desselben nach, welche in vorgolgischer Zeit schon von Retzius behauptet wurde. Allerdings weist L. auf eine Verschiedenheit zwischen den hier befindlichen Zellen und den der Grenzstrangganglien hin, die aber nicht fundamentaler Natur ist, da sie sich nur auf Grösse und Gestalt der Zellen und Dendriten beziehen. Der stets in der Einzahl vorhandene Neurit entspringt an dem vorderen Pole der Zellen und verläuft in peripherer Richtung aus dem Ganglion heraus auf der Bahn des N. nasalis posterior. Die auf der Bahn des N. sphenopalatinus aus dem Ganglion Gasseri in das Ganglion sphenopalatinum eindringenden Fasern durchsetzen dasselbe entweder, ohne zu seinen Elementen in irgend welche Beziehung zu treten, oder sie finden innerhalb des Ganglion ihr Ende, sei es durch freie Endarborisation, sei es durch Bildung pericellulärer Körbe. Im Anschluss hieran bespricht der Verfasser die Ganglien des Grenzstranges, wobei er sich im Wesentlichen auf die Bestätigung der Forschungsergebnisse anderer Autoren (v. Kölliker, Cajal, van Gehuchten, Retzius) beschränkt. Die von Cajal und Retzius beschriebene korbartige Verästelung sympathischer Fasern in den Spinalganglien hat Verfasser nirgends gefunden. Auch er beschreibt zwar sympathische Fasern, welche auf der Bahn des ventralen Spinalnervenastes central verlaufen, doch schlagen alle diese Fasern nach L. bald wieder die periphere Richtung ein, indem sie schlingenförmig zurückbiegen und auf der Bahn des Ramus medialis oder lateralis des Ramus ventralis peripheriewärts weiter verlaufen Die Verbindung der Centralorgane mit den Zellen des Grenzstranges findet nach L. durch Vermittlung von Fasern statt, welche aus dem Rückenmarke kommen und sich in den Grenzstrangganglien aufreisern. Ueber den Ursprung dieser Fasern ist Lenhossék im Gegensatz zu Cajal und van Gehuchten eher geneigt anzunehmen, dass sie aus den sensiblen Wurzeln stammen, fügt aber hinzu, dass dieser Umstand das Vorhandensein von motorischen Fasern in dem Sympathicus nicht ausschliesst, da es ja in den hinteren Wurzeln Fasern giebt, die aus den Vorderhörnern stammen.

v. Karczewski (Breslau).

XLIV) **M. Benedikt** (Wien): Hypnotismus und Suggestion. Eine klinisch-psychologische Studie.

(Wien, M. Breitenstein, 1894 90 S. Preis 2 Mk)

Mit beissender Ironie vertritt B. in dieser glänzend geschriebenen Broschüre die Argumente des gesunden Menschenverstandes gegenüber den Auswüchsen der modernen Hypnotiker, besonders der Schule von Nancy und den neueren auffallenden hypnotischen Experimenten v. Krafft-Ebing's. In die Angriffe gegen die Schwächen der mehr begeisterten als kritischen Hypnotiseure mischen sich vielfache persönliche Pointen, die da zeigen, dass B. ein guter Hasser ist. Diese persönliche Färbung ist so stark, dass B. mit Recht seine Schrift ein Memoiren-Fragment nennt. Sie ist denn auch eine treffende Selbst-Characteristik eines vielerfahrenen, vielseitig gebildeten Mannes mit internationalem Horizont, der mit ätzender Schärfe gegen alles Mystische zu Felde zieht und den bon sens jedenfalls brillanter vertritt, als das bon coeur.

Viele der schärfsten Eigenschaften des grossen Genies der Verbitterung, Rousseau's, Schopenhauer's und Düring's, mischen sich in diesem Buche mit einer an Voltaire's Panglosse erinnernden Kunst der Persiflage, und neben der Polemik kommt auch eine reiche Erfahrung und ausgebreitete Kenntniss der Menschen und Dinge zum Ausdruck.

In summa keine Lectüre für harmlose und autoritätsgläubige Gemüther, vielmehr eine litterarische Dynamit-Bombe, die zu goutiren man ziemlich eingeteufelt sein muss.

Kurella.

XLV) **H. Witte** (Leipzig): Ein Fall von totaler Anästhesie mit besonderer Berücksichtigung der Bewegungsstörungen und der dabei zu beobachtenden Schlafzustände.

([Dissert.] Leipzig 1894. 39 S.)

Nach kurzer Mittheilung einer ziemlich vollständigen Sammlung der u. a. von Strümpell, Krukenberg, Oppenheim und Raymond beschriebenen Fälle von totaler Anästhesie schildert W. in bemerkenswerther Feinheit und Schärfe einen analogen Fall bei einem an schwerer Hysterie leidenden Dienstmädchen, deren Zustand — mit einigen Unterbrechungen — 6 Jahre lang in der Flechsig'schen Klinik beobachtet worden ist. Hier, wie bei der Mehrzahl der analogen Fälle bestanden ausserdem eigenthümliche psychische Störungen.

Das Auftreten der ersten Störungen knüpft sich an einen Schreck; beim Beerensuchen im Walde stiess das damals 16jährige Mädchen an einen im Grase versteckten Topf mit Eiern, der dabei laut klirrte; sie verlor vor Schreck das Bewusstsein. Es folgten später zwei weitere Anfälle, in denen ausser Bewusstseinsverlust hysterische Krampfanfälle auftraten.

Gegen Ende der ersten Schwangerschaft entwickelten sich mehr dauernde Störungen; P. wurde 1889 auf der Strasse in Leipzig, unverständlich redend und sonderbare Sprünge ausführend, polizeilich aufgegriffen. Sie blieb nun 4 Jahre in der Klinik. Bei der Aufnahme ganz stuporös, ruhig mit geschlossenen Augen daliegend, andauernd bewusstlos, zeitweise von eigenthümlichen Krämpfen befallen. Dazwischen Zeichen, die auf Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen deuten, aber auch Tage mit völlig

freiem Bewusstsein und ohne erhebliche geistige Störung. Nach einer derartigen einige Wochen dauernden Remission Entbindung durch Perforation. 10 Tage darauf wieder völlig stuporös. Häufige erhebliche Schwankungen der Stimmung, die stets von eigenthümlichen sensorischen Störungen begleitet sind, wie von eigenartigen Dämmerzuständen; einmal in einem solchen Zustande plötzliche Anästhesie der Kopfhaut, die sich schnell zu totaler Anästhesie unter Schwankungen der Gesichtsschärfe und des Gehörs steigert. Anfallsweise Einschränkungen des G F bis zu völliger Amaurose. Diese Zustände greifen allmählich auch in die Zeiten freien Bewusstseins über, unter Zurücktreten der Krampfanfälle.

Seit dem Sommer 1890 völlige andauernde sensible und sensorische Unempfindlichkeit, Gesichtsfeld bis auf ein kleines centrales Feld eingeengt, so dass in 2 Meter Entfernung gerade noch ein Gesicht gesehen wird. Zugleich Entwicklung eines erotisch-ekstatischen Delirs; sie ist Königin, sieht auf dem linken Auge ihren Geliebten, einen Prinzen, der sie befreien wird. Zeitweilige Zornausbrüche unter dem Einflusse der Hallucinationen. Der delirante Zustand erfährt nach mehrtägiger Dauer eine Unterbrechung durch eine nach längerem Schlaf auftretende relative Aufhellung des Bewusstseins, die genannten Wahnideen herrschen aber zwei Jahre lange so beständig vor, wie bei einer Paranoischen.

Am 8. Juni 1893 nach Erwachen aus einem längeren Schlafe Erwachen in anscheinend völlig normalem Zustande. Die Wahnideen waren völlig geschwunden, alle Sinnesorgane empfanden normal, die Sensibilität war wieder hergestellt, G F normal begrenzt, Gehör, Geruch und Geschmack ohne Störungen.

Der Zustand hielt an, die Kranke wurde schleunigst entlassen, kam aber, zu Hause geschwängert, nach zwei Monaten wieder in die Klinik zurück. Während der Gravidität entwickelte sich nun das frühere Krankheitsbild wieder, nur war die sensible und sensorische Anästhesie während der Zeiten helleren Bewusstseins nicht deutlich ausgeprägt. Im April 1894 Geburt eines ausgetragenen Kindes, im Puerperium traten die Wahnideen schnell zurück, „etwa seit dem neunten Tage functionirten alle Sinnesorgane normal und die Wahnideen sind völlig geschwunden. Patientin macht seit der Zeit den Eindruck einer ganz gesunden Person.“

Wie oben erwähnt, bestanden im G F des linken Auges Hallucinationen, dieses war auch regelmässig stärker eingeengt, einige Male bis zum punktförmigen Sehen, aber auch dann wurden alle in diesen Bereich gebrachten Farben richtig erkannt. Am rechten Auge wurde gleichzeitig mit diesem Phänomen nur innerhalb 10° gesehen, bei erhaltener Farbenempfindung. Zu anderen Malen betrug die Differenz beider G F 20°. Weitere Gesichtsfelder, bis 30°, wurden nur ausnahmsweise, etwa nach dem Erwachen aus dem Dämmerzustande, constatirt. Das Gehör war zumeist während intensiver Hallucinirens herabgesetzt, während des Dämmerzustandes völlig oder fast völlig aufgehoben, gleich nach dem Erwachen daraus immer normal.

Während der totalen Anästhesie schien jede Vorstellung von der Lage der Extremitäten zu fehlen, passive Aenderungen der Lage derselben schien nicht bemerkt zu werden. Man musste bei diesen Manipulationen nur darauf achten, nicht in ihr Gesichtsfeld zu gerathen oder den Kopf zu

bewegen, weil sie sich dann nach der Ursache des Vorgangs umsah. W. nimmt an, dass die Kranke, die fast beständig ausser Bett war und herumging, ihre eigenen Beine wegen der Enge des G F aber nicht sehen konnte, die Innervation der Gehbewegungen ohne jede Controlle durch Sinnes-Empfindungen zu Wege brachte; bei völliger Anästhesie könnte sie stricken, wozu also die optische Controlle der Fingerbewegungen ausreichen musste. W. knüpft an diese Erscheinungen theoretische Erwägungen über centrale Innervationsverhältnisse, die im Original nachzulesen sind.

Von hohem Interesse sind die Nachprüfungen des Strümpell'schen Falles an der Kranken; sie versank auch bei offenem Ohrporus schon in Bewusstlosigkeit, sobald ihr für einige Secunden die Lider niedergehalten wurden. Es kam dann zu einer schnellen Streckung der Extremitäten unter Erstarren der ganzen Muskulatur, die Bulbi waren unter leichtem Zucken nach innen oben eingestellt; (gelang es, dann noch zu Anfang des Anfalls Licht in die Pupillen zu bringen, so kehrte das Bewusstsein wieder). Die Kranke wurde dann wie eine Statue auf's Bett getragen. Die Extremitäten konnten dann nicht mehr gebeugt werden, forcirte Versuche vermehrten die Starre; dieser Zustand ging nach mehrstündiger Dauer in einen Dämmerzustand über. Den ganzen Process will W. nicht unter die Schlaf-, sondern unter die Hypnose-Erscheinungen subsumiren, entgegen der Auffassung Strümpell's. Er sucht denn auch den normalen Schlaf als die Weiterentwicklung einer Auto-Hypnose hinzustellen.

Schliesslich giebt W. folgende Thesen:

1. Bei totaler Anästhesie ist der Gesichtssinn allein, sobald er nur ein feststehendes Object zum Fixiren hat, im Stande, die aufrechte Stellung des Körpers zu überwachen und zu erhalten.
2. „Die Motilität, d. h. die Fähigkeit, alle Muskeln willkürlich zu innerviren, ist bei reiner Anästhesie nicht betroffen."
3. „Die bekannten Hypnose erzeugenden Manipulationen haben nicht allein einen rein suggestiven Einfluss, sondern es werden dabei auf dem Wege der Sinnesnerven dem Gehirn Reize zugeführt, welche unabhängig vom Bewusstsein auf gewisse Hirntheile einwirken."

Man kann nur wünschen, dass der in der psychologischen und physiologischen Analyse gleich gewandte Autor diesen Problemen, die von Dilettantismus und Schematisirungssucht so arg discredirt worden sind, weiterhin an einem weniger complicirten Material nachgehe.

Kurella.

XLVI) **G. Dumas** (Paris): Les états intellectuels dans la mélancholie. (Paris, F. Alcan, 1895. 142 p., 8⁰, Pr. 2½ Fr.)

Professor Dumas, ein Schüler Ribot's, hat vom Standpunkte der Lange'schen Affecttheorie aus ein Verständniss des Vorstellungslebens Melancholischer zu gewinnen gesucht. Meines Wissens ist es in neuerer Zeit der erste Versuch eines Psychologen von Fach (übrigens ist D. auch Docteur en médecine), psychische Störungen zu analysiren. 5 Fälle von einfacher Melancholie (bei Séglas von D. beobachtet) haben das Thatsachen-Material geliefert. Das eigentliche Problem D.'s ist der Zusammenhang zwischen dem Gefühlszustande und der krankhaften Vorstellungen Melancholischer; er zieht jedoch auch andere Depressionsformen in seine

Untersuchungen hinein, was man ihm schon desshalb concediren darf, als er schliesslich den Begriff einer Melancholie als Entität beseitigt und in den Symptomen Melancholischer nur die Reaction des Bewusstseins auf eine allgemeine Ernährungsstörung sieht.

Das erste Kapitel „Die intellectuellen Zustände und die Gemüthsverfassung“ schildert einen im Verlauf der Influenza aufgetretenen Depressionszustand, in dem sich nach kurzem Bestehen der Depression Selbstanklagen (wegen ehelicher Untreue und Abortversuchs) einstellten, einen anderen, nach Vermögensverlust bei einer zur Grübelsucht disponirten Kranken eingetretenen Depressionszustand, in dem die Kranke beständig über ihren Ruin jammert, und einen dritten Fall, in dem die Kranke seit Jahren über ihre Aussichten auf ewige Verdammniss nachgrübelt, bis schwere Verluste eine tiefe Depression hervorrufen, in der die Furcht vor der Verdammniss die Kranke beständig quält. D. sieht nun alle diese Erscheinungen von demselben Gesetze beherrscht: „Wir haben auf der einen Seite noch unerklärte Processe — organische Depression bei der einen Kranken, Grübelsucht bei der anderen — auf der anderen Seite einen Intellect, der dieselben zu verstehen sucht. Im ersteren Falle ist der Vorgang in der Reflexion später als die veränderte Gemüthsverfassung, im zweiten ist er zuerst da; immer aber handelt es sich um eine Synthese, die sich bildet, eine Intelligenz, die nicht dem Absurden gegenüberstehen will, ein centrales, durch automatische Vorgänge zum Theil zerstörtes Ich, das alle Erlebnisse, welche es erfährt, als eigene reclamirt. Nichts ist interessanter, als dieser Kampf der Synthese und des Automatismus.“

Das zweite Kapitel handelt „von den intellectuellen Zuständen und der Abulie“.

Dem Gesammtbilde der meisten Melancholien liegt auch eine Steigerung der inhibitorischen Erscheinungen zu Grunde. D. beschreibt im Einzelnen Fälle, in denen die Unfähigkeit, eine vorgestellte Handlung auszuführen, im Vordergrunde steht, wo auch die Ausführung von Selbstmordplänen immer wieder verschoben wird; die Coordination der Vorstellungen erfolgt, nicht aber die der Bewegungen; die psychomotorischen Processe werden durch die Vorstellungen gehemmt; manchmal liegt die Abulie nicht auf dem Gebiete der Ausführung, sondern auf dem der Wahl und der Entscheidung. Je ausgesprochener die Abulie ist, um so mehr können automatische und impulsive Handlungen in den Vordergrund treten; jedes Phänomen, das nicht rein automatisch ist, wird verlangsamt oder ganz unterdrückt, dagegen treten impulsive Handlungen, z. B. Selbstmordattacken, hervor, die einen ganz anderen Character tragen, als die lange geplanten, aber nie ausgeführten Vorbereitungen anderer Melancholischer. In Fällen dieser Art kann der Kranke sich zu jeder Synthese seiner inneren Vorgänge ausser Stande fühlen und schliesslich zu der Vorstellung einer doppelten Persönlichkeit kommen, sich von einem fremden Geiste besessen und blindgeleitet glauben.

Die einfache Abulie führt ihrerseits wieder zum Aufsuchen von Gründen für die wahrgenommene Unthätigkeit.

Im dritten Kapitel wird die Verlangsamung der psychischen Vorgänge in der Melancholie besprochen; D. betont, dass besonders die „synthetischen

Associationen" verlangsamt oder aufgehoben sind, während die automatischen Associationen fortbestehen. Er führt das für die Apperception durch Mittheilung einiger Versuche an Kranken aus, wobei in einem Falle anscheinend die Farbenvorstellungen von der Verlangsamung ausgeschlossen waren; die Kranke war Putzmacherin. D. führt auch die Monotonie der Vorstellungen bei Melancholischen auf Verlangsamung der Association zurück. „Die in ihrer vitalen Quelle verlangsamte Synthese ist gezwungen, sich lange von denselben Elementen zu nähren; da die intellectuelle Langsamkeit eine Stagnation trauriger Vorstellungen begünstigt, wird der Kranke durch sein Delir absorbirt und ist unfähig, sich für das Leben um ihn und für seine täglichen Obliegenheiten zu interessiren . . . . Ohne Zweifel ist diese intellectuelle Langsamkeit einer der Gründe für das vollständige Vorherrschen des Delirs und die Bedeutung, welche es im Bewusstsein gewinnt . . . Die Invasion des Ichs beruht also allerdings auf der intellectuellen Verlangsamung; ihre tiefliegende Ursache ist aber eine organische."

Der zweite Theil des Buchs untersucht vorwiegend die dem melancholischen Symptomencomplex zu Grunde liegenden organischen Zustände.

Die gewöhnliche Anschauung über das Zustandekommen von Gemüthszuständen, wonach zunächst eine Empfindung oder eine Vorstellung auftritt, dann eine eigentliche Gefühls- oder Gemüthserregung und schliesslich ein Ausdruck des letzteren, erklärt D. für metaphysisch; nach diesem Schema wäre die Melancholie eine ganz mystische Macht, befähigt, nach Belieben auf den Organismus zu wirken und ihn zu modificiren; eine derartige Auffassung wäre nur geeignet, die an sich schon so verwickelte Frage der Beziehungen zwischen Denken und Depression noch mehr zu verwirren.

D. zieht die Anschauung C. Lange's vor, wonach die körperlichen Zustände das Primäre in jedem Affecte sind und die Traurigkeit nur das Gewahrwerden der organischen Zustände, die sie begleiten, im Gehirn. „Kurz, ein Wort, eine Vorstellung, eine Empfindung oder ein Bild sind im Stande, durch Association gewisse Bewegungen hervorzurufen, und das bewusste Gewahrwerden dieser Bewegungen ist, je nach Lage des Falls, die Freude oder der Kummer. Der Affect wäre also aufzufassen als eine doppelte Reihe sensitiver und motorischer Erscheinungen, — anstatt die wirre Entität zu sein, von der eben die Rede war — und die verschiedenen muskulären Zustände, welche ihn characterisiren, wären seine constituirenden Bestandtheile."

Von diesem Standpunkt aus erörtert D. nun das Schwächegefühl, den verringerten Muskeltonus, die physiognomischen Zeichen bei Melancholischen, die Constriction der Gefässe, das magere Aussehen, ihre Kälteschauer, die Hypothermie und den Gewichtsverlust, und sucht zu zeigen, dass in der Melancholie der Intellect in letzter Linie nicht einen vagen Affect interpretirt, sondern das Bewusstsein, welches er von der, durch einen vorausgehenden Krankheitszustand geschaffenen, organischen Schwäche des Körpers hat. „Man denke sich, dass eine Infectionskrankheit oder ein perniciöses Fieber den Organismus erheblich geschwächt hat, dann werden alle Erscheinungen, die wir aufgezählt haben, unter diesem Einflusse auftreten können, und die unklare Empfindung dieses pathologischen Zustandes wird das sein, was wir die Melancholie nennen." „Da sich die Melancholie durch

eine Erschöpfung und eine allgemeine Ernährungsstörung der Gewebe äussert, so bringt jeder Umstand, der sich der genügenden Ernährung des Muskelgewebes entgegenstellt, sie in den Zustand der Melancholie und begünstigt eine allgemeine Depression. An der Hand der Litteratur erörtert D. das häufige Auftreten von Melancholie nach erschöpfenden Fiebern, wobei er besonders auf Mittheilungen französischer Autoren über Malaria-Psychosen zurückgreift. Dass nicht jede organische Schwäche eine Melancholie hervorruft, führt D. auf die besondere erworbene oder ererbte Disposition der Melancholiker zurück, betont aber, dass die leichteren Depressionszustände geschwächter oder schlecht genährter Menschen, die so oft übersehen werden, streng genommen auch zur Melancholie gehören. Wo ein Delir auftritt, da interpretiren die Kranken, indem sie über ihre Stimmung grübeln, eigentlich ihren organischen Zustand und das demselben entsprechende Gemeingefühl. „Auf der einen Seite finden wir also den Körper mit seiner erworbenen Depression, seiner aus Krankheitszuständen folgenden Schwäche, auf der anderen den Geist, der diese Schwäche unter der Form der Traurigkeit auffasst und sie durch delirante Ideen rechtfertigt.“ Denselben Gedankengang entwickelt D. ausführlich für die Depressionszustände, denen ursprünglich ein rein intellectueller Process zu Grunde liegt, und in eingehender Darlegung stellt er in Kapitel II des zweiten Theils die Abulie als unmittelbare Folge der Hirnrinden-Anämie dar, unter Rückgriff auf das neue und verwickelte Raisonnement, welches das Bewusstsein der Abulie im Gedankengange des Melancholischen anregt.

In einem Schlusskapitel fasst D. den Gang der Untersuchung zusammen und erörtert die Existenz eines Bedürfnisses nach logischem Zusammenhange „eines unbewussten Horrors vor dem Absurden und Zusammenhangslosen“ als Ursache der Wahnbildung in der in letzter Instanz immer organisch bedingten Melancholie. Schliesslich resümirt er sich in folgenden drei Sätzen:

1. „Die Melancholie ist keine geistige Entität; sie lässt sich in sensitive Phänomene einerseits, in Hemmungs-Phänomene andrerseits auflösen.“
2. „Die Melancholie kann einen intellectuellen oder einen organischen Ursprung haben, aber in beiden Fällen gehen die motorischen Phänomene dem Zustande im Gemeingefühl voraus und die Melancholie ist nie etwas anderes, als das Bewusstsein des Körperzustandes.
3. Die Synthese ist das Gesetz der intellectuellen Zustände (Vorstellungen oder Ideen), welche sich mit den Vorgängen im Gemeingefühl associiren, und diese Synthese ist logisch.“

So verdienstlich der Beitrag D.'s zu einer rationellen Auffassung der organischen Bedingungen der Melancholie ist, so nehmen die dahin gehörenden Erörterungen doch mehr Raum ein, als der Titel des Buches erwarten lässt. Was in dem Buche dem Titel wohl voll entspricht, geht über eine Begründung und feinere psychologische Ausführung des alten Satzes, dass die besonderen intellectuellen Symptome der Melancholie als Erklärungs-Versuche der primären Stimmungsanomalie anzusehen sind, nicht hinaus. Es spielt bei dieser Theorie die hypothetische Annahme eines ad hoc construirten Erklärungs-Bedürfnisses eine zu grosse Rolle. Der Referent kann diese Theorie als genügend und psychologisch befriedigend nicht betrachten,

vielmehr wird nur eine experimentell zu gewinnende Kenntniss der Abhängigkeits-Verhältnisse zwischen Affect und Vorstellung und der Rückwirkung jener auf den Ablauf dieser — wovon wir nur ganz im Allgemeinen einiges wissen — eine befriedigende Theorie der Affect-Psychosen ermöglichen.

Kurella.

XLVIII) **Franz Meschede**: Ueber den Entwicklungsgang der Psychiatrie und über die Bedeutung des psychiatrischen Unterrichts für die wissenschaftliche und practische Ausbildung der Aerzte. Antrittsvorlesung, gehalten bei Eröffnung der neubegründeten psychiatrischen Universitätsklinik zu Königsberg am 22.|X. 1892.

(Leipzig. Georg Stevens, 1895.)

Die Litteratur würde nichts wesentliches verloren haben, wenn die bereits vor 2 Jahren gehaltene Vorlesung unveröffentlicht geblieben wäre. Sie bringt weder neue Thatsachen, noch neue Gesichtspunkte, überhaupt nichts, was nicht anderweitig schon besser und eingehender dargestellt wäre. Der Entwicklungsgang der Psychiatrie ist eigentlich nur für das Alterthum und das Mittelalter genauer skizzirt (Seite 5—14), während die Psychiatrie der Neuzeit auf 4 Seiten abgehandelt wird, die ganze moderne Entwicklung der Psychiatrie in den letzten 100 Jahren sogar nur 2 Seiten Raum findet. Die Frage der Trennung von Heil- und Pflegeanstalten, welche M. bekanntlich immer noch befürwortet, nimmt dabei eine ganze Seite ein. Des Gheel'schen Systems und der Familienpflege ist auch nicht mit einem Worte gedacht. Was die Irrencolonien betrifft, so erwähnt M. einfach die Thatsache, dass landwirthschaftliche Betriebe in den Irrenanstalten eingerichtet worden sind, um die Arbeitskräfte der Irren ausgiebiger als bisher auszunutzen, bemerkt noch nebenbei, dass man von der Arbeit im Freien auch einen günstigen curativen Einfluss erhofft. Eine eigene Erfahrung darüber hat M. allerdings nicht. Den wichtigsten Fortschritt in der Behandlung der Geisteskranken, den no restraint, bespricht M. in dem Tone ironischer Kritik. Es ist dies jedoch nicht wunderbar, wenn man bedenkt, dass in der Königsberger psychiatrischen Klinik, wohl der einzigen in Deutschland, noch Zwangsjacken in Anwendung sind und nicht bloss gelegentlich einmal gebraucht werden.

Hoppe.

XLIX) **J. L. A. Koch** (Zwiefalten): Das Nervenleben des Menschen in guten und bösen Tagen.

(Ravensburg 1895, 236 p.)

K. bezeichnet als Aufgabe dieser inzwischen in zweiter Auflage erschienenen, sehr geschmackvoll ausgestatteten Schrift Belehrung, Rath und Trost zu bringen. Sie wird das gewiss in reichem Maasse thun, wo der Arzt einem Nervenkranken oder Belasteten auch einmal, neben dem eigenen Rath und Zuspruch, eine aufklärende Schrift in die Hand geben will. Die humane, vor allem Pessimismus, aller Decadence und Einseitigkeit freie Persönlichkeit des Autors prädestinirt ihn geradezu zur Rolle des Berathers und Trösters.

Die beiden ersten Kapitel: „Das Nervensystem und die Seele“, „das Nervensystem“ geben eine gelungene Skizze dessen, was für den Laien

wissenswerth ist aus unserem festen Besitze an Erkenntnissen; im folgenden Kapitel nimmt eine Besprechung der Minderwerthigkeiten den grössten Raum mit Recht ein.

Mit Mässigung und Tact berührt K. die vielen Punkte, an denen Staat und Kirche sich mit den Ursachen und Consequenzen der Neuropathien berühren. v. Bodelschwingh und Genossen können daraus lernen, dass man nicht zu den bösen Materialisten zu gehören braucht, um pastorale Anmaassung entschieden zurückzuweisen. Ueberall tritt auch der gut motivirte Hinweis darauf in den Vordergrund, welche grossen Aufgaben eine specialisirte Erziehung für Prophylaxe und Therapie angeborener Abweichungen im Nervenleben hat. **Kurella.**

L) **E. Morselli** (Genua): Manuale di Semejotica delle Malattie Mentali. Vol. II: Esame psicologico degli alienati. (Handbuch der psychiatrischen Symptomatologie und Diagnostik. II. Band: Die psychologische Untersuchung der Geisteskranken.)

(Mailand, F. Vallardi, 1895. VIII u. 852 p. 8°, 77 Holzschnitte. 18 Tafeln. Preis 15 Lire.)

1887 ist in diesem Blatte der erste Band von M.'s Diagnostik besprochen worden; nach 9 Jahren ist nun der zweite Band erschienen, der eine tiefgehende Aenderung in den Anschauungen des Autors erkennen lässt. Der erste Band ist in Turin geschrieben, lässt deutlich den Einfluss Lombroso's erkennen und Anthropometrie, Degenerationslehre, Sensibilitätsprüfungen, Untersuchungen der Motilität, Sphygmographie und Plethysmographie spielen darin eine bedeutende Rolle. Der vorliegende zweite Band steht ganz unter dem Zeichen der Associationspsychologie und man findet überall Spuren von Morselli's in das letzte Jahrzehnt fallende Thätigkeit als Herausgeber der „Rivista di filosofia scientifica". Dieser Entwicklung entsprechend verleugnet er denn beinahe in einer längeren Ausführung (p. 20 ff.) die Lehren des ersten Bandes, und hat „immer, wenn es sich um paraphrenische Formen und primäre Psychoneurosen handelt, den Eindruck einer absoluten Disparatheit und des Mangels eines Bandes zwischen den beiden Untersuchungen", nämlich der somatischen und der psychischen.

M. theilt die Semiotik in einen synthetischen und einen analytischen Theil. Die Darstellung des ersteren umfasst den grössten Theil, fast 600 Seiten; der analytische Theil giebt ein Schema zur Rubricirung der Befunde des ersten Verfahrens, zunächst unter die 4 Categorien der Störungen des Bewusstseins, des Intellects, des Gefühls und des Willens, ferner eine Darstellung der experimentellen Untersuchungsmethoden, unter denen die Ergographie interessant behandelt wird. Am gelungensten und originellsten scheint mir in dem analytischen Theile die Behandlung der Symptomatologie der Gefühle.

In der synthetischen Semiotik nennt M. als die fünf objectiven Operationen der Diagnostik die Inspection, das Colloquium, die materiellen Beweismittel (Briefe, Schriften, Zeichnungen, Kleidung, mechanische und künstlerische Producte), die experimentelle Prüfung und das Erheben von Zeugenaussagen; die Einzelheiten dieser Darstellung zeugen von einer colossalen Kenntniss der Details der Psychosen, und dieser Vorzug

zusammen mit einer allseitigen Litteraturkenntniss und gewandter Analyse werden das Werk, trotz einer oft etwas unbeholfenen Nomenclatur, wohl dauernd als unerschöpfliche casuistische Fundgrube erscheinen lassen.

Was in dem Buche an theoretischem Gehalte hervorzuheben wäre, könnte nur im Rahmen eines langen Essays gewürdigt werden; M. stellt aber einen systematischen Tractat der Psychiatrie in Aussicht, und es wird dann an der Zeit sein, sein ganzes Lehrgebäude im Zusammenhange zu würdigen.

Kurella.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

Anatomie und Physiologie.

322) **Karl Schaffer** (Budapest): Ueber die zeitliche Reihenfolge der secundären Degeneration in den einzelnen Rückenmarkssträngen.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 9.)

Die Beobachtung, welche S. bei einem 17jährigen Mädchen machte welches nach einer Querläsion des Rückenmarks unter langsam fortschreitendem Decubitus-Marasmus nach 5 Monaten starb, dass der zeitliche Verlauf der secundären Entartung im Rückenmark verschieden war, und zwar am raschesten die Goll'schen Stränge, dann die Pyramidenstränge degenerirten, während die absteigende Entartung der Hinterstränge und die aufsteigende der Cerebellarbahn, sowie des Gareis'schen Bündels zuletzt erfolgte, veranlasste S., die Frage nach der zeitlichen Reihenfolge der Degenerationen genauer an Katzen zu studiren, denen das Rückenmark durchschnitten wurde. Es ergab sich, dass die zeitliche Reihenfolge der secundären Degeneration im Rückenmark jenem Nacheinander entspricht, welches in der Markscheidenentwicklung des menschlichen Rückenmarks zu constatiren ist.

Hoppe.

---

323) **Max Bielschowsky** (Frankfurt a. M.): Obere Schleife und Hirnrinde.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 5.)

Die im Senckenberg'schen Institut an 2 Hundsgehirnen, welche von den Goltz'schen Versuchen herrühren, angestellten Untersuchungen ergeben über die Beziehung zwischen oberer Schleife und Hirnrinde wenigstens das sichere Resultat, dass die Wegnahme einer Hemisphäre bei Hunden in der Schleife dann keine Degeneration erzeugt, wenn die Thalami geschont werden (entspricht der Mahaim'schen Lehre, dass die Schleife nicht direct zur Rinde zieht, sondern im Thalamus irgendwie unterbrochen sein muss).

Hoppe.

---

324) **Christfried Jacob** (Bamberg a. M.): Ein Beitrag zur Lehre vom Schleifenverlauf (obere Rinde-Thalamusschleife).

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 7.)

J. kann nach Untersuchungen an 2 Gehirnen, in denen die obere Schleife durch einen Herd vollkommen unterbrochen war, auch nur die Mahaim'sche Ansicht bestätigen, dass die Bahn von der Schleife zur Rinde

im Thalamus irgendwie unterbrochen sein muss, da bei totaler Unterbrechung in der Gegend der Regio subthalamica eine totale secundäre Degeneration der Schleife eintritt, dagegen bei totaler Unterbrechung oberhalb dieser Gegend (Rinde, Marklager) nur eine einfache Atrophie.

J. vermuthet, dass die Schleifenfasern in der Umgebung der Regio subthalamica irgendwo entspringen, dort also ihre Neuronzellen, in den Hinterstrangskernen aber ihre Faseraufsplitterung haben.

Hoppe.

---

325) **U. Stefani** (Padua): Sulla degenerazione delle fibre nervose periferiche etc. (Die Degeneration peripherer von Endigung und Centrum losgetrennter Nervenfasern.)

(Rivista sperimentale, XXI, p. 75, 1895.)

S. hat bei einer grösseren Zahl von Thieren beide Ischiadici durchschnitten, an der einen Seite in der Höhe des Hüftgelenks, an der anderen dort und noch eine Strecke weit nach unten.

S. hat bei der Untersuchung der so losgelösten Stücke keinerlei Differenzen im Verlauf und der Form der degenerativen Veränderungen zwischen den nur vom Centrum und den zugleich von der Peripherie abgetrennten Nervensträngen finden können. Kurella.

---

326) **Roncoroni** (Turin): Su un nuovo reperto nel nucleo delle cellule nervose. (Neuer Befund im Kern der Nervenzellen.)

(Archivio di Psichiatria, Bd. XVI. fasc. 4—5, 1895.)

R. hat feine Paraffinschnitte von Alcoholpräparaten mit Methylenblau-Borax gefärbt, in Anilinöl-Alcohol entfärbt und mit Eosin nachgefärbt; er fand dann bei sehr starker Vergrösserung in vielen Zellen, zumal in den mittleren Pyramidenzellen, eine im Kern von Pol zu Pol verlaufende intensiv blaue, scharf gezeichnete Linie, die gelegentlich wellig, selten zwei-dreitheilig verlief. Aeusserst selten fand sich diese Linie im Kern der Purkinje'schen Zellen. Controllversuche haben diese Erscheinung bei Bindegewebs- und Drüsenzellen vermissen lassen.

R. lässt die Natur und Bedeutung dieser Linie dahingestellt; ausser in menschlichen Gehirnen pathologischer und normaler Individuen ergab derselbe Befund sich auch in Gehirnschnitten von Hund, Kalb, Kaninchen und Meerschwein. Eine Tafel illustrirt den Befund. Kurella.

---

327) **R. Greeff**: Die Morphologie und Physiologie der Spinnenzellen (Neurogliazellen) im Sehnerv und der Retina.

(Archiv für Augenheilkunde, Bd. XXX, p. 324)

G., der Ramon's Buch über die Retina übersetzt hat, fand an Chrom-Osmium-Silberpräparaten vom Tractus opticus bis in die Peripherie der Retina die von Golgi im Hemisphärenmark nachgewiesenen Neuroglia-Spinnenzellen. Der Zellenleib ist klein, etwas ausgezogen und sternförmig, mit etwa 20 nach allen Seiten hin ausstrahlenden feinen Fortsätzen, die sich ohne Anastomosirung vielfach mit benachbarten Zellenfortsätzen verschlingen. G. neigt dazu, in diesen Fäden einen Isolirapparat zu erblicken, die Nervenzellen und -Fasern umspinnen, wie Seidenfäden die Leitungsdrähte. Die Retina-Spinnenzellen kommen nur in der Ganglienzellen- und

der Nervenfaserschicht vor. Diese Befunde sprechen ihrerseits dafür, dass man in Sehnerv und Retina vorgeschobene Theile des Centralorgans zu sehen hat. Kurella.

---

328) **Vassale** und **Donaggio**: Essigsäure-Aldehyd bei der Golgi'schen Methode.

(Rivista sperimentale XXI, p. 170, 1895.)

Nach Erhärtung in einer, 5% Essigsäure-Aldehyd enthaltenden, Müller'schen Lösung ergiebt die Silbermethode klarere und detaillirtere Bilder der Protoplasmafortsätze und ihrer Beziehungen zur Nachbarschaft. Kurella.

---

329) **E. Lugaro** (Palermo): Sulle connessioni tra gli elementi nervosi della corteccia cerebellare. (Ueber die Verbindung der Elemente der Kleinhirnrinde untereinander.)

(Rivista sperimentale XX, f. III—IV, p. 297.)

Eine sehr genaue und gut illustrirte Schilderung der verschiedenen Zellen der Kleinhirnrinde, des Verhaltens ihrer nervösen und Protoplasmafortsätze bildet den ersten Theil der sehr ausführlichen Arbeit, die Darstellung stimmt in allem Wesentlichen mit der bekannten Schilderung Kölliker's und Cajal's überein, bis auf folgenden Befund: L. beschreibt eine Zellen-Categorie, die zumeist in der Körnerschicht vorkommt, manchmal auch im Niveau der Purkinje'schen Zellen; der Zellleib ist gewöhnlich etwas kleiner als der der grossen Zellen der Körnerschicht, die Protoplasmafortsätze sind wenig zahlreich, einfach und unregelmässig mit Spitzen versehen. Der starke nervöse Foitsatz zieht bald direct zur Molecularschicht, bald zur Markschicht, vor der er meistens schlingenförmig wieder zur Oberfläche abbiegt; inzwischen theilt er sich in verschiedene Zweige, welche die Reihe der Purkinje'schen Zellen durchbrechen und im untersten Drittel der Molecularschicht auf lange Strecken einen longitudinalen Verlauf annehmen; in dieser Schicht stechen sie durch ihre Robustheit von den feinen Längsfasern der Granula ab. Auf Schnitten tangential zur Kleinhirnwindung sieht man von diesen longitudinalen Verlaufsstücken transversal Zweige abgehen, die 500 μ und darüber in dieser Richtung verlaufen, um dann wieder in longitudinaler Richtung abzubiegen. Somit nehmen diese Elemente mit ihren Verzweigungen ein sehr ausgedehntes Gebiet ein.

Sehr ausführlich schildert L. ferner an der Hand weiterer Zeichnungen das Verhalten der Endigungen der in die Rinde eintretenden Fasersysteme, ihre Beziehungen zu dem Körper, den nervösen und Protoplasmafortsätzen der Rindenzellen. Es schliesst sich daran eine ausführliche Discussion der Hypothesen Golgi's und Ramon's über die Erregungsleitung in diesen Fasernetzen, und ein Versuch, aus der Annahme einer fibrillären Structur der nervösen Fortsätze und Endverzweigungen die Möglichkeit einer begrenzten Reizung trotz der anscheinend unbegrenzten Diffusität der Zellverknüpfungen herzuleiten. Leider steht der Fülle der histologischen Details über die Verknüpfungs- und Contactformen eine so geringe Kenntniss der Rindenfunction des Kleinhirns gegenüber, dass solche Betrachtungen sehr hypothetisch bleiben müssen. Auch macht L. erst gar nicht den Versuch, seine Deduc-

tionen aus dem histologischen Detail mit physiologischen Thatsachen über die Kleinhirnfunction in Verbindung zu bringen. Kurella.

---

330) **Luciani** (Rom); I recenti studj sulla Fisiologia del Cervelotto. (Die neuesten Beiträge zur Physiologie des Kleinhirns.)

(Rivista sperimentale, Bd. XXI, p. 1—27, 1895.)

Luciani's wohlbekannte Theorie der Kleinhirnfunctionen ist von Ferrier (Brain 1894, p. 45) eingehend kritisirt worden. Gegen die Ausführung des letzteren wendet sich nun Luciani. Ein wichtiger Einwand F.'s kehrte sich gegen die (L.'sche) Auffassung der unmittelbar nach Abtragung des Kleinhirns auftretenden Phänomene als Reizerscheinungen, er will sie vielmehr mit Goltz als inhibitorisch betrachten. L. bleibt bei seiner Anschauung aus folgenden Gründen: 1. bestehen dieselben aus einer Functionssteigerung der eng mit dem Kleinhirn verbundenen Nervencentren; 2. sind sie dem Grade nach proportional dem operativen Eingriff; 3. sind sie um so intensiver und ausgebreiteter, je tiefer der Eingriff ist und je mehr er sich den Kleinhirnschenkeln nähert; 4. sie wiegen auf der verletzten Seite erheblich vor; 5. sind die Phänomene viel leichter und flüchtiger, wenn früher schon der Wurm zerstört und in Folge dessen eine Degeneration von Fasern des fascic. peduncularis eingetreten war. Ferrier stützt sich auf Versuche mit Aetzmitteln, L. hat dieselben nunmehr wiederholt und gefunden, dass die Resultate völlig gegensätzlich sind, wenn man die untersuchten Theile energisch unter Affection der Kleinhirndura cauterisirt, als wenn man sich begnügt, sie einfach zu excidiren.

Im ersteren Falle anstatt der Depression und Erschlaffung Agitation und Wimmern, anstatt leichten Pleurotonus der gesunden starker der verletzten Seite und Längsrotation von der operirten zur gesunden Seite an Stelle der Rotation im entgegengesetzten Sinne. L. hält die Anwendung von Aetzmitteln wegen der starken Reizung der Nachbarschaft und besonders der Dura für ganz unphysiologisch.

Eingehend verweilt L. bei der nach einseitiger Kleinhirnläsion auftretenden Rotation um die Längsachse, die er wegen ihrer Richtung von der verletzten zur gesunden Seite (das Thier vom Bauche her betrachtet) gleichfalls für Reizerscheinungen hält.

An anderen Punkten, wie bezüglich der nach einseitiger Läsion auftretenden Flexionsstellung der gleichseitigen vorderen Extremität mit Pleurotonus, der nach doppelseitiger Läsion auftretenden tonischen Extension der hinteren Extremitäten mit Opisthotonus beruhen die Einwendungen von F. nur auf missverständlicher Auffassung der Ausführungen L.'s.

Am eingehendsten verweilt L. bei seiner Auflassung der cerebellaren Ataxie, die er bekanntlich in drei Componenten — Asthenie, Atonie, Astasie — aufgelöst hat.

Ferrier leugnet die Asthenie auf Grund klinischer Daten, eigener Experimente an Affen und einer Analyse der Beobachtungen L.'s an Hunden. „Die klinische Beobachtung hat hinreichend bewiesen, dass bei Atrophie oder Läsion des Kleinhirns in einer Ausdehnung, welche Stehen und Gehen völlig unmöglich macht, die Kranken im Liegen alle Bewegungen der Beine energisch ausführen können.“ L. findet gerade hier die einzig

mögliche Erklärung des ganzen Phänomens. Wenn die Kranken die Bewegungen nur im Liegen machen können, so hängt das eben davon ab, dass sie nicht mehr stark genug sind, das Gewicht des ganzen Körpers zu tragen, also von Asthenie.

Ferrier giebt zu, dass einseitig operirte Affen ungern den gleichseitigen Arm gebrauchen, das thäten sie aber nicht in Folge von Asthenie, sondern wegen der Instabilität der Bewegungen auf der kranken Seite. Luciani sucht nun das Gegentheil zu beweisen, besonders an dem Beispiel einseitig operirter Hunde, die, und zwar unter vorwiegender Benutzung der Extremitäten der gesunden Seite, zwar noch schwimmen, aber nicht mehr gehen und stehen können.

Gegen die Atonie in Folge von Kleinhirnläsion wendet F. ein, dass die von Luciani behauptete Steigerung des Kniephänomens auf der Seite der Läsion dagegen spräche; L. aber bestreitet mit Recht, dass die Intensität der Sehnenreflexe ein Maass des Muskeltonus wäre.

Andere Einwände F.'s gründen sich merkwürdiger Weise auf die Kleinhirntheorie Herbert Spencer's, welche dieser vor etwa 40 Jahren auf Grund der damals sehr unvollkommenen physiologischen Daten aufgestellt hat: Das Kleinhirn regele die für die Position im Raum, das Grosshirn die für die Orientirung in der Zeit nöthigen Muskelinnervationen.

Diesem Einwande gegenüber hat natürlich L. leichtes Spiel, er erkennt auch an, dass F. seine eigene Hypothese von dem Kleinhirn als Gleichgewichts-Regulator verlassen hat und den von L. angenommenen continuirlichen tonischen Einfluss desselben einräumt.

In summa geht aus der Polemik hervor, dass F., wenn auch zögernd und unter Polemik gegen Nebenpunkte, die von L. inaugurirte neue Aera der Kleinhirnphysiologie mitmacht, und dass nur in der Experimentaltechnik (Galvanocauterisation gegenüber den Excisionen L.'s) wesentlich Differenzen zwischen beiden Forschern bestehen. Insofern ist die Animosität L.'s gegen F. kaum gerechtfertigt. Kurella.

---

331) **Arthur Biedl:** Absteigende Kleinhirnbahnen.
(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 10 u. 11.)

B. schildert die nach Durchschneidung der Kleinhirnstiele an Katzen auftretenden Symptome, welche neben Rollbewegungen in der Längsachse vorzugsweise in einer Ataxie der Beine bestanden, und die Resultate der nach ca. 14 Tagen vorgenommenen histologischen Untersuchung der Oblongata und des Rückenmarks, welche Degenerationen in den verschiedensten absteigenden Bahnen ergab. Die zahlreichen sorgfältig beschriebenen Ergebnisse eignen sich im Uebrigen nicht für ein kurzes Referat.

Hoppe.

---

332) **Josef Starlinger** (Wien): Die Durchschneidung beider Pyramiden beim Hunde. — Aus der I. psych. Klinik des Herrn Prof. Wagner.
(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 9.)

Die Experimente, welche nach einem im Original genau beschriebenen Verfahren ausgeführt wurden, zeigten durch das Ausbleiben von Ausfallserscheinungen, dass die Pyramidenbahnen bei den Hunden für die Motilität durchaus nicht die Bedeutung haben, die man ihnen beim Menschen zuschreibt;

also nur eine untergeordnete Bedeutung für die Locomotion spielen, und führten zu dem Schluss, dass beim Hunde noch eine nicht in den Pyramiden verlaufende Leitung existiren muss, welche Impulse von der Hirnrinde zu den Muskeln vermittelt. Hoppe.

---

333) **Goldzieher:** Ueber die Beziehungen des Facialis zur Thränensecretion. (Centralbl. für pract. Augenheilkunde 1895. Mai.)

Nach G. wird die Thränendrüse nicht vom N. V, sondern vom VII. innervirt (vgl. die Referate Nr. 378 und 425 im Jahrgang 1894 dieser Zeitschrift). Denn 1. bei Lähmung eines Facialis central vom Ganglion geniculi höre die Secretion der gleichseitigen Thränendrüse auf, könne daher nur noch mit dem anderen Auge geweint werden. 2. Bei Zerrung oder Dehnung des peripheren Facialis erfolge ein mächtiger Thränenstrom auf der gleichen Seite. 3. Durch Exstirpation eines Ganglion Gasseri werde die Thränensecretion nicht beeinflusst. Das bei Lagophthalmus paralyticus häufig beobachtete Thränenträufeln (Stillicidium lacrimarum) entstehe durch vermehrte Absonderung der Conjunctiva. Näheres l. c. und Archiv für Augenheilkunde 1893 (XXVIII, 1). Heddaeus (Essen).

---

334) **Pellizzi:** Modificazioni ai metodi di Golgi per lo studio di alcune particolarità della guaina midollare delle fibre nervose periferiche. (Torino 1894, Giornale della Reale Academia di Medicina di Torino.)

Die bisher noch nicht genügend aufgeklärte Inconstanz der Erfolge des Golgi'schen Färbungsverfahrens veranlasste den Verfasser, bei Gelegenheit histologischer Untersuchungen über die Markscheide der peripheren Nerven die wässerige Lösung des doppeltchromsauren Kali durch eine entsprechende gleichprocentige doppeltchromsaure Kalibouillon zu ersetzen. Er ging hierbei von der Voraussetzung aus, dass die Anwesenheit einer organischen Nährflüssigkeit geeignet sei, die Nervengebilde in einer den natürlichen Verhältnissen mehr entsprechenden Verfassung zu erhalten. Es zeigte sich, dass die so behandelten Schnitte ein reichlicheres Eintreten der Reaction aufwiesen, welche allerdings, wie überall bei der in Rede stehenden Methode meistens eine partielle bleibt. Auch mit Blutserum erhielt P. ähnliche Resultate, während Fleischextract-, Pepton- und Natronbicarbonatlösung sich als unwirksam erwiesen. Der entsprechende Zusatz von 1%iger Osmiumsäurelösung ist auch hier von günstiger Wirkung. Die Präparate pflegen schon nach wenigen Stunden zu verbleichen; nach 15—20tägiger Bestrahlung durch Sonnenlicht kehren die Bilder zwar gewöhnlich wieder, verschwinden aber im Laufe von weiteren zwei bis 3 Monaten vollständig und dauernd.

Ferner wurde als practisch erprobt ein Zusatz von concentrirter Pikrinsäurelösung zur Kalibouillon (20—30 Tropfen pro 100 ccm), sowie auch zur Silberlösung.

Behufs Conservirung der äusserst vergänglichen Bilder verwandte P. mit Nutzen den photographischen Process (Uebertragung in den Eisenoxalatentwickler und nachherige Fixage mit unterschwefligsaurer Natronlösung), ferner Kochen mit Terpentinöl oder Eintauchen in zweiprocentige Kaliumeisencyanurlösung. In letzterer entfärben sich alle Nervenelemente, sind

aber durch die verschiedene Lichtbrechung bei verschiedener Brennweite gut zu unterscheiden.

Auch die mit Hilfe dieser Fixirmethode erzielten Präparate sind freilich ebenfalls nur wenige Monate zu gebrauchen, indessen bildet Pellizzi's Verfahren immerhin eine anerkennenswerthe Variante, die Jedem willkommen sein wird, welcher sich bei nervenhistologischen Arbeiten mit der ebenso interessanten als capriciösen Färbung befasst. Jentsch.

---

2. Allgemeine Pathologie und pathol. Anatomie.

335) **Sigm. Freud:** Ueber die Bernhard'sche Sensibilitätsstörung am Oberschenkel.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 11.)

F., welcher das Leiden bereits in mehreren Fällen beobachtet, ist ebenso wie Näcke in der Lage, dasselbe durch Selbstbeobachtung zu schildern.

F. verspürt die Sensibilitätsstörung seit 7 Jahren an der rechten Seite seines Oberschenkels von derselben Art und in derselben Ausbreitung, wie B. es beschreibt. In der ersten Zeit waren die Parästhesien weit lästiger, während sie andrerseits an Ausdehnung zugenommen haben, resp. allmählig vom Becken nach dem Knie herabgerückt sind. Einzelne Stellen innerhalb des betreffenden Gebietes erscheinen analgisch, die Temperaturempfindung ist sehr stark geschädigt.

F. hat aus der Praxis den Eindruck bekommen, dass die Affection recht häufig vorkommt. Dr. Rosenberg hat sie auch bei einer (sonst gesunden) Dame beobachtet, während sich die bisherigen Beobachtungen alle auf Männer beziehen. Hoppe.

---

336) **W. v. Bechterew:** Ueber die Blutcirculation im Grosshirn während der Anfälle von experimenteller Epilepsie. — Nach den Beobachtungen von Dr. A. Todorski.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 23.)

Um ein vollständiges Bild von der Blutcirculation zu erhalten, muss gleichzeitig der arterielle Druck und der Druck in den aus demselben Gebiet entspringenden Venen bestimmt werden. T. hat nun nach einer im Original näher angegebenen Methode eine Reihe von Versuchen zur gleichzeitigen Bestimmung des Blutdrucks in den beiden Enden der Carotis und in den aus dem Hirn kommenden Venen während der epileptischen Anfälle ausgeführt. Dieselben ergaben das Resultat, dass zugleich mit dem Druck im Arteriensystem auch der Druck in der Jugularvene steigt, welcher sich während des ganzen Anfalls mit der Differenzzunahme des Blutdrucks in der Carotis in voller Uebereinstimmung befindet. Dieses, sowie die Bestimmung des Druckes der cerebrospinalen Flüssigkeit führt zum Schluss, dass im Verlauf der epileptischen Anfälle ein verstärkter Zufluss arteriellen Blutes zum Grosshirn stattfindet. Hoppe.

---

337) Prof. **W. v. Bechterew** (St. Petersburg): Untersuchungen über die Genesis der epileptischen Anfälle.

(Neurol Centralbl. 1895, Nr. 9.)

Die Untersuchungen wurden zum Theil von B. selbst, zum Theil von Assistenten in seinem Laboratorium an Hunden und Katzen ausgeführt.

Die interessanten Resultate, welche im Original nachgelesen werden müssen, führten zu dem Schluss, dass bei erwachsenen Thieren die Entstehung der epileptischen Aufälle durch Erregung der Hirnrindencentren bedingt sein kann. Falls die basalen Hirntheile an der Entwicklung des epileptischen Anfalls Theil nehmen, so participiren sie vorwiegend an dem aus tonischen Krämpfen bestehenden Theil derselben. Unter gewissen Bedingungen (mechanische Reizung in der Gegend der Brücke, Gehirnerschütterung und Vergiftung) können auch die basalen Hirntheile (Pons und Medulla) der Epilepsie den Ursprung geben. Aber auch in diesem Fall ist die Hirnrinde zweifellos betheiligt, deren Erregung u. A. den epileptiformen Character der Krämpfe bedingt. Hoppe.

---

338) **E. Mendel**: Ueber den Schwindel. — Vortrag in der Berliner medic. Gesellschaft 22./V. 1895.

(Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 26.)

Bei einer Analyse der Erscheinungen des Schwindels zeigt sich fast immer der Ausgangspunkt in dem Augenmuskelapparate: Unfähigkeit, Gegenstände zu fixiren, manchmal Erweiterung der Pupillen, Doppelsehen, Empfindung, als ob sich die Gegenstände drehten oder nach oben bewegten u. s. w. Gewöhnlich werden diese Erscheinungen von einem grossen Angstgefühl oder zuweilen von einem Gefühl des Benommenseins begleitet. Dazu kommen manchmal Störungen des Gleichgewichts bis zum Umfallen.

Das im Kleinhirn zu suchende Centrum des Gleichgewichts erhält seine Erregungen vom Centrum der Augenmuskelbewegungen, der kinästhetischen Empfindungen und des Tastsinnes. Erkrankungen des Kleinhirns bringen wohl cerebellare Ataxie, aber nicht Schwindel hervor, während die Affection der beiden letzten Centren auch nur zur Ataxie führen.

Für die Entstehung des Schwindels bleiben also nur Affectionen des Augenmuskelapparates übrig, welche peripher oder central bedingt sein können. Die Thatsache, dass der Schwindelanfall, der von (centraler) Augenmuskellähmung herrührt, dieselben Erscheinungen bietet wie der galvanische, der Menière'sche Schwindel, der Schwindel bei Atheromatose, bei Vergiftungen, der Magenschwindel u. s. w. erklärt sich nach M. einfach daraus, dass alle diese verschiedenen Arten von Schwindel durch eine gleiche Ursache, Störungen in der Blutversorgung des Centrums für den Augenmuskelapparat, hervorgerufen werden. Dieses Centrum (Pons, Hirnschenkel und Oculomotoriuskern) wird nämlich, wie die Untersuchungen von Shimamura im Mendel'schen Laboratorium ergeben haben, durch Endarterien versorgt, welche unter rechtem Winkel an einer Stelle (aus der Art. cerebr. post.) entspringen, wo der aus der Carotis herstammende Blutstrom mit dem aus der Basilaris zusammentrifft, so dass durch die Interferenz die Blutwelle geschwächt wird. Da somit keine andere Stelle des Gehirns unter so ungünstigen Blutversorgungsbedingungen steht wie die Gegend de Augenmuskelkerne, so macht sich jede Störung der Circulation an dieser Stelle zuerst geltend. Hoppe.

---

339) **A. Heidenheim**-Cöslin: Zur schweren Form des Singultus.
(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 24.)

Fall von schwerem Singultus bei Carcinom des Colon. Beachtenswerth ist, dass der Kranke bereits vor 5 Jahren einen Anfall von mehrtägigem Singultus gehabt hatte, während der zweite ebenso schwere Anfall 11 Tage lang einer energischen Behandlung trotzte, dann gänzlich aufhörte, bis 7 Tage später, nachdem der Kranke sich bereits erholt, Kothbrechen eintrat. Dasselbe gab Veranlassung zur Operation (Anlegung eines Anus praeternaturalis), welche jedoch den Tod nicht aufhalten konnte.

Bezüglich der Behandlung meint H., dass dem Cocain die erste Stelle bei Singultus gebühre. Hoppe.

---

340) **Ewald**: Vorstellung einer Patientin mit Hemiathetose auf syphilitischer Basis. — Ges. der Charité-Aerzte 21./II. 1895.
(Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 21.)

Die 19jährige Patientin erkrankte Anfang 1894 mit typischer linksseitiger Hemiathetose (Hyperextension und Hyperflexion der Finger, des Metacarpalgelenks und Handgelenks, an der Hand und den Zehen am Fuss wechselten in regelmässiger Weise unaufhörlich mit einander ab). Nach vorübergehender Besserung wurden die Erscheinungen so stark, dass sie unfähig wurde, sich zu beschäftigen. Später trat an der hinteren Rachenwand ein Geschwür auf, welches sich als syphilitisches erwies. Die daraufhin eingeleitete Schmierkur hat binnen 4 Wochen eine so vollständige Besserung der Athetose herbeigeführt, dass bei den Vorstellungen nichts mehr von den Bewegungen zu sehen war.

E. glaubt, dass dieser Fall von idiopathischer Hemiathetose durch eine Rindenerkrankung auf luetischer Basis zu erklären ist

Hoppe

---

341) **Massalongo** und **Bonatelli**: Un caso di emiplegia pneumonica.
(Separat-Abdruck, 1895.)

Ein 42jähriger Arbeiter erkrankt an schwerer croupöser Pneumonie. Beim Einsetzen der Resolution traten plötzlich epileptiforme Krämpfe ein, auf welche eine vollkommene linksseitige Hemiplegie folgt. Sensibilität, electrisches Verhalten und Temperatur in den befallenen Bezirken sind normal. Nach 3 Tagen kommt die Motilität allmählich wieder in Gang, eine leichte Parese bleibt zurück, welche nach Ablauf einer Woche ebenfalls vollständig schwindet. Als Aetiologie dieser Pneumonielähmung wird eine Alteration der entsprechenden Bewegungscentren vermuthlich durch Stoffwechselproducte der Pneumococcen angenommen. Jentsch.

---

342) **Kaiser** (Altscherbitz): Ueber eine halbseitige vasomotorische Störung cerebralen Ursprungs.
(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 10.)

Bei der 6?jährigen Patientin, welche wegen seniler Demenz in die Irrenanstalt Juli 1894 aufgenommen wurde und grosse motorische Schwäche neben Herabsetzung der Reflexerregbarkeit und des Schmerzgefühls zeigte, trat Anfang 1895 eine ausgesprochene Gefässparese der ganzen rechten Seite mit Ausnahme des Kopfes auf (Oedem, Röthung, Temperaturerhöhung um 0,1—0,15° C, Sugillationen bei leichtem Druck). März exitus letalis.

Bei der Section zeigte sich neben allgemeiner Atrophie ein markstückgrosser Erweichungsherd im linken Gyrus supramarginalis, eine Cyste im Linsenkern und ein strichförmiger 1 cm langer Erweichungsherd in der Mitte des Nucleus caudatus.

Den letzteren betrachtet K. als Grund der vasomotorischen Störung an, während er den anderen Erweichungsherd als Ursache der Schlaganfälle ansieht, welche Patientin einige Jahre vorher erlitten haben soll.

Mithin scheint der Fall neben anderen Beobachtungen dafür zu sprechen, dass der Nucleus caudatus ein vasomotorisches Centrum für die entgegengesetzte Seite birgt. Hoppe.

343) **Pierre Marie**: Sur un cas d'hyperglobulie chez un malade atteint de cyanose tardive, par malformation cardiaque congénitale.

(Bull. et mém de la société des hôpitaux.)

Ein 32jähriger, mit einer Bildungsanomalie des Herzens behafteter Mann, weist eine andauernde Erhöhung der Zahl der rothen Blutkörperchen auf 7,900,000 pro cmm auf. Es handelt sich hier um eine physiologische Compensationserscheinung, welche bezweckt, das durch die mangelhafte Arterialisation entstehende Sauerstoffmanco auszugleichen. Dasselbe beobachtet man bekanntlich am Blute der Gebirgsbewohner und zwar wächst hier die Zahl der rothen Blutkörperchen proportional zur Höhe des Wohnorts.

Jentsch.

344) **David Riesmann** (Philadelphia, Penn.): Merycismus or rumination, with a report of two cases.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 6, Juni.)

Die älteste Beobachtung von Rumination beim Menschen hat Aristoteles, nach ihm Fabr. ab Aquapendente zu verzeichnen. Seitdem ist die Anzahl der diesbezüglichen Veröffentlichungen zu einer verhältnissmässig beträchtlichen herangewachsen.

Der Merycismus scheint eine functionelle Störung des Magens (motorische Neurose, Oser) zu sein. Denn man hat kein anatomisches Substrat nachzuweisen vermocht. Sicher ist, dass eine neurotische Constitution zu Grunde liegt. — Der Act kommt durch 2 Momente zu Stande: durch eine Verminderung des intrathorakalen Druckes und durch eine Aspiration des Mageninhaltes. An diese seine Ausführungen allgemeinen Inhaltes schliesst R. zwei eigene Beobachtungen an.

In beiden Fällen handelte es sich um schwindsüchtige Patienten. Für die Vorgeschichte ist bemerkenswerth, dass in dem ersten Falle der Vater an Asthma, die Mutter an Schwindsucht starben und sonstige Neurosen in der Familie nicht nachweisbar waren, in dem zweiten Falle, dass hier das neurotische Element gleichfalls nicht vorhanden war, dass aber eine Nichte vor einer Reihe von Jahren an dem gleichen Zustande litt. Beide Kranke waren stets starke und schnelle Esser gewesen, sonstigen Abusus stellten sie in Abrede. Bei dem ersten Patienten stellte sich das Leiden mit 20 Jahren ein und hielt mit 44 Jahren noch an; bei dem zweiten hatte der Zustand des Merycismus schon vom 12.—22. Jahre bestanden und war mit 58 Jahren wiedergekehrt. — Das Krankheitsbild war in beiden Fällen ziemlich dasselbe: Eine halbe Stunde bezw. 5 Minuten

nach der Mahlzeit begannen die Speisen in den Mund zurückzukehren ohne sichtliche Anstrengung oder Uebelkeit. Die regurgitirte Menge füllte gerade die Mundhöhle aus. Der Vorgang wiederholte sich bei dem einen Patienten alle 5—10 Minuten und hielt gegen 1—1½ Stunden an; bei dem zweiten wiederholte er sich innerhalb 3 Stunden nur gegen 6 mal. Derselbe war vollständig von dem Willen unabhängig. Während der Thätigkeit oder der Bewegung im Freien zeigte sich bei dem zweiten Kranken das Leiden weniger, während eines unthätigen Zustandes oder während des Liegens mehr intensiv. Bei dem anderen Kranken verhielt sich die Sache gerade umgekehrt. — Unter Umständen schmeckte der heraufgekommene Mageninhalt sauer; die Ursache hierfür war nicht zu eruiren. — Im Freien wurden die regurgitirten Speisen zumeist ausgespien, zu Hause und bei einer Beschäftigung wieder heruntergeschluckt. — Die Untersuchung des in den Mund Zurückgebrachten, sowie des ausgeheberten Mageninhaltes stellte fest: saure Reaction, Abwesenheit von Salzsäure, Anwesenheit von Milchsäure in Spuren.

Im ersten Falle wurde nach vielfachen vergeblichen Heilversuchen durch eine Mischung von Ol. cariophylli, Spir. chloroformii, Tinct. caspici, Tinct. nucis vom. und Tinct. cardamomi comp. insofern ein Fortschritt erzielt, als Pat. in den darauffolgenden 3 Wochen nur einmal regurgitirte. Der zweite Patient will seiner Zeit, ebenso wie seine Nichte, nach wenigen Dosen Medicin genesen sein. Buschan.

---

345) **A. Pöhl**: Einwirkung des Spermin auf den Stoffumsatz bei Autointoxicationen im Allgemeinen und bei harnsaurer Diathese im Speciellen.
(Sonderabdruck aus der Zeitschr. f. klin. Med., Bd. XXVI, H. 1 u. 2.)

A. Pöhl: Die Immunitäts- und Immunisationstheorien vom biologisch-chemischen Standpunkt aus betrachtet.
(Sonderabdruck aus der D. med. Wochenschr. 1895, Nr. 6.)

In dem ersten der beiden Aufsätze theilt P. die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Harnveränderungen mit, welche bei Spermingebrauch zu beobachten sind. P. fand:

I. Das Verhältniss des Gesammtstickstoffs des Harns zum Stickstoff des Harnstoffs — der Oxydationscoefficient — nähert sich nach Spermingebrauch der Einheit, d. h. die Harnstoffstickstoffmenge steigt.

II. Das Verhältniss des Harnstoffes zum Cl Na erfährt sehr bald nach Einwirkung des Spermins eine Veränderung; der Gehalt der Chloride im Harn steigt wesentlich.

III. In den meisten Fällen wurde auch ein Einfluss auf den Zerner'schen Coefficienten (das Verhältniss der Harnsäuremenge zum neutralen Phosphat im Harn) beobachtet.

Bei harnsaurer Diathese wurde dieser Coefficient verringert, i. e. die Harnsäuremenge sank und die Menge der Phosphorsäure als Dinatriumphosphat stieg.

In dem 2. Aufsatze kommt P. zu dem Schlusse, dass das physiologisch active Spermin als ein wesentliches Moment der dem normalen Organismus zukommenden Widerstandsfähigkeit schädlichen Einwirkungen der Krankheitserreger gegenüber und das zu therapeutischen Zwecken eingeführte

active Spermin (Sperminum-Pöhl) als eines der wichtigsten Mittel der Immunisation des Organismus zu betrachten ist.

L. Löwenfeld.

346) **E. Hertel** (Kösen): Beziehungen der Akromegalie zu Augenerkrankungen.

(v. Gräfe's Archiv f. Ophthalm., 41. Bd., 1895, Abth. 1.)

Die Augenaffectionen bei Akromegalie sind recht mannigfacher Art. H. theilt sie in 4 Gruppen ein.

An der Hand eines 171 Nummern zählenden Litteraturverzeichnisses schildert H. eine eigene Beobachtung, betreffend einen Fall von typischer Akromegalie. Eine Maasstabelle über 73 Maasse an dem 31jährigen Kranken vervollständigt dieselbe. — Von Affectionen des Sehorgans bot der betreffende Fall Verdickung der Supraorbitalränder und der Oberlider, Affection des Oculomotorius und ausgesprochene temporale Hemiopie, die ihrerseits einen Rückschluss auf einen Hypophysistumor mit grösster Wahrscheinlichkeit gestattet. — Strychnin und Jodkali wurden versucht, zeigten sich jedoch gänzlich unwirksam.

Buschan.

347) **Marinesco**: Un cas d'acromégalie avec hémianopsie bitemporale et diabète sucré.

(Bulletin médical 1895, Nr. 5'. Juli 26.)

30jährige Kranke bekam mit 22 Jahren epileptische Anfälle (3—4mal in der Woche, ohne Aura, deren Frequenz progressiv später abnahm. Mit 25 Jahren fiel sie in Folge eines Schwindelanfalles aus dem 2. Stock. Sechs Jahre (? Ref.) nach diesem Unfall merkte die Kranke, dass ihr die Schuhe zu eng wurden und dass in gleicher Weise ihre Hände, ihr Gesicht und ihre Brust sich excessiv entwickelten. Seit 1 Jahr wird sie von einem unbezwinglichen Durste und einem unsäglichen Hunger gequält. Reichlicher Urinabgang. Gleichzeitig Kräfteverlust und Abmagerung.

Status präsens: Gesicht enorm, von oben nach unten in die Länge gezogen. Unterkiefer vorspringend. Lippen dick, besonders die untere. Nase hypertrophisch; Flügel und Septum voluminös. Brustbein verbreitert, vorgewölbt. Schlüsselbeine sehr lang. Brüste atrophisch. Cervico-dorsale Kyphose. Hände verbreitert und dick; Volumenzunahme sowohl im Längs- als Querdurchmesser Füsse enorm entwickelt, aber die Hypertrophie macht sich hier auch im antero-posterioren Durchmesser geltend. Zunge hypertrophisch, von Rillen und Eindrücken an der Oberfläche gekennzeichnet. Mund trocken, Zahnfleisch schmerzhaft.

Am Herzen Zunahme der Dämpfung, präsystolisches Geräusch an der Basis. Oedem der Unterextremitäten.

Keine Sensibilitätsstörungen (Berührung, Schmerz, Temperatur). Alle anderen Sinne, den Gesichtssinn ausgenommen, normal. Die Untersuchung der Augen ergiebt: Pupillenparese auf der linken Seite ausgesprochener; consensuelle Reaction erhalten; bitemporale Hemianopsie mit Erhaltenbleiben der gesunden Netzhauthälfte; keine hemiopische Reaction; diffuses Licht bleibt keineswegs auf die anästhetische Partie der Netzhaut beschränkt. Sehschärfe rechts $^1/_2$, links $^1/_3$. Hemiopischer Strabismus divergens des linken Auges; vorübergehende Diplopie.

Urinmenge 10—12 Liter pro Tag. Urin klar, leicht sauer; Spuren von Eiweiss; 48 g Zucker auf 1 Liter. Vulva und grosse Schamlippen hypertrophisch und mit einem Eczem bedeckt

Der vorstehende Fall gewinnt insofern noch an besonderem Interesse, als sich die Frage aufwerfen lässt, ob das vorausgegangene Trauma für die Entstehung der Akromegalie und vielleicht auch für die des Diabetes verantwortlich zu machen ist. M. erinnert hierbei an Unverricht's Fall, der das gleiche Problem beschäftigt hat.

M. ist ein Anhänger des hypophysären Ursprungs der Akromegalie.

Buschan.

---

348) **E. T. Wynne:** The morbid anatomy of epilepsy.
(The Lancet, 19. Aug. 1893, p. 433.)

W. meint von den Theorien über die pathologische Anatomie bei Epilepsie: 1. Sclerose des Ammonshorns (Meynert), 2. Erweiterung der Gefässe der Medulla (van der Kolk), 3. Pigmentation der Zellen der Medulla (Voisin) seien die 2 letzteren nicht specifische Befunde bei Epilepsie, und Sclerose habe er unter 20 Fällen einmal gefunden. Er wendet sich dann gegen die Theorie von Bevan Lewis: Vorwiegen von Vacuolenbildung in den Zellen der zweiten Schicht, Fehlen von Spinnenzellen und Wucherung der Neuroglia und kommt zum Schluss, dass alle 3 Befunde nicht für Epilepsie characteristisch seien und demnach die Ursache dieser nicht abgeben können.

Wichmann.

---

349) **O. v. Lenova:** Zur pathologischen Entwicklung des Centralnervensystems (Ein Fall von Anencephalie, combinirt mit totaler Amyelie.) — Aus dem hirnanatomischen Laboratorium von Dr. C. v. Monakow, Zürich.
(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 7 u. 8.)

Die Beschreibung des sehr interessanten Falles, welcher durch einige Figuren erläutert wird, eignet sich nicht für ein kurzes Referat. Hier kann nur angeführt werden, dass totale Anencephalie und Amyelie vorhanden war und der Rest des Nervensystems lediglich aus den Producten der sogenannten Ganglienanlagen bestand. L. nimmt an, dass das bereits gebildete Medullarrohr nebst dem Hirnbläschen nach der Anlage der Augenblase (Opticus und Retina waren, wenn auch mehr oder weniger atrophirt, vorhanden) in der Weiterentwicklung gestört wurde, so dass es zu einer Rückbildung der bereits entwickelten Partien kam. Trotz des totalen Defectes des Medullarrohrs hatte sich das periphere sensible und theilweise auch das viscerale Nervensystem g a n z s e l b s t s t ä n d i g entwickelt und war in manchen Richtungen zu der Entwickelungsstufe eines normalen gleichalterigen Foetus gelangt; die sympathischen und die spinalen Ganglien, sowie die hinteren Wurzeln waren vorhanden und ziemlich normal. Diese Verhältnisse beweisen nach L. unwiderleglich, dass die s e n s i b l e n F a s e r n k e i n e U r s p r u n g s k e r n e i m c e n t r a l e n N e r v e n s y s t e m b e s i t z e n u n d d a s s d i e S p i n a l g a n g l i e n a l s d i e e i g e n t l i c h e n s e n s i b e l n N e r v e n k e r n e a u f z u f a s s e n s i n d (was die neueren Ermittelungen der Embryologen, besonders von His, bestätigen), ferner, d a s s d e n P r o d u c t e n d e r G a n g l i e n a n l a g e n e i n e w e i t g e h e n d e e n t w i c k l u n g s g e s c h i c h t l i c h e S e l b s t s t ä n d i g k e i t

zukommt und dass sich dieselben längere Zeit fortentwickeln können bei völliger Abwesenheit des Medullarrohres.

Als bemerkenswerth hebt L. noch hervor, dass trotz des Fehlens der Vorderhornzellen und der vorderen Wurzeln die quergestreiften Muskeln frei von nennenswerthen Veränderungen waren. Dies beweist, dass der Einfluss der motorischen Nerven auf die Ernährung der von ihnen innervirten Muskeln, wenn überhaupt, so jedenfalls erst in einer späteren Entwickelungszeit resp. nach dem Embryonalleben beginnt. Hoppe.

---

2) Specielle Pathologie.

a) Periphere Nerven.

350) **Ludwig Mann** (Breslau): Beitrag zur Symptomatologie der peripheren Facialislähmung. Aus der kgl. Universitätspoliklinik für Nervenkranke.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 53.)

M. hat in 2 kurz nach einander in Behandlung gekommenen Fällen von peripherer Facialislähmung die Beobachtung gemacht, dass bei sonst completer Paralyse ein einziger Muskel, in beiden der Orbicularis oris, von der Lähmung verschont geblieben war, während er schon früher bemerkt hatte, dass bei peripherer Facialislähmung noch ein anderer dem Orbicularis oris in seiner Function analoger Muskel, nämlich der Orbicularis oculi, häufig wenn auch nicht eine völlige Unversehrtheit, so doch eine weniger schwere Schädigung und bei der Heilung ganz gewöhnlich eine relativ frühe Regeneration zeigt. Uebrigens hat Hitzig bereits 1869 in einem Fall die frühzeitige Regeneration der Orbicularis oculi beobachtet, während in einem von Landerer und Mosler 1868 mitgetheilten Fall zuerst die Function in den beiden Orbiculares (oris und oculi) wiederkehrt.

Auf M.'s Veranlassung hat nun F. Cohn in der Poliklinik auf das eingangs angeführte Symptom geachtet und bereits 4 Fälle von peripherer Facialislähmung mit completer Entartungsreaction gefunden, in welchen der Orbicularis oris intact war, ausserdem einen 5., in welchem zwar der Orbicularis oris mit der übrigen Muskulatur gelähmt, aber der Orbicularis oculi und der Levat. labii sup. erhalten war.

Nach Gowers erhält der Orbicularis oris, welcher bei Erkrankung des Facialiskerns oft erhalten bleibt, seine Fasern nicht aus dem eigentlichen Facialiskern, sondern aus dem Hypoglossuskern, was auch von Bruce anatomisch bestätigt wurde. Der darauf von Gowers begründete diagnostische Satz, dass eine Facialislähmung, bei welcher der Orbicularis oris ganz normal ist, auf einer Erkrankung des Facialiskerns beruht, ist jedoch nicht stichhaltig, da, wie die angeführten Fälle zeigen, auch bei peripherer Facialis lähmung der Orbicularis oris häufig verschont bleibt. Nach M. muss man sich zur Erklärung dieser Thatsache vorstellen, dass die Fasern anderer Provenienz, wenn sie auch in dem übrigen Nervenstamme verlaufen, doch anders auf eine diesen Stamm treffende Schädlichkeit reagiren und zwar weniger empfindlich (vgl. das Verschontbleiben der Fasern für den Supinator longus bei der saturninen Radialislähmung). Wahrscheinlich haben auch die Fasern für den Orbicularis oculi einen anderen Ursprung und zwar aus

dem Oculomotoriuskern, worauf auch die Untersuchungen von Mendel, Torth und Turner hinzuweisen scheinen. Hoppe.

---

351) **H. Oppenheim:** Zur Diagnostik der Facialislähmung. — Vorlesung aus dem Sommersemester 1894.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 44.)

O. bespricht 3 complicirtere Fälle von Facialislähmung.

Der erste ist ein Fall von peripherischer Facialislähmung mit Hysterie bei einem 32jährigen Fräulein. Die linksseitige Gesichtslähmung stellte sich zugleich mit Kopfschmerzen sofort nach einem Falle vom Stuhle ein, welcher die Kranke sehr erschreckt hatte. Nach einiger Zeit völliger Verlust der Sprache für 3 Tage, darauf Aphonie, welche sich allmählig verlor. 3 Wochen nach dem Unfall Anfälle von allgemeinen Krämpfen. — Bei der Untersuchung fand sich eine totale linksseitige Facialislähmung mit allen Zeichen einer peripherischen, und eine Hemianästhesie sinistra mit entsprechenden sensorischen Störungen. Da die Patientin zu Blutungen neigt (Metrorrhagien), so nimmt O. an, dass die Contusion des Schädels einerseits zu einer Blutung in den Fallopischen Canal geführt hat, welche die Facialislähmung erklärt, andrerseits durch den damit verbundenen Schreck bei dem durch vorangegangenen Blutverlust geschwächten Organismus den hysterischen Symptomencomplex hervorrief.

Im zweiten Fall waren die Erscheinungen einer totalen Facialislähmung neben einer gleichseitigen Hemiplegie vorhanden. Der betreffende Patient, welcher sich 1881 luetisch inficirt hat, leidet seit dem Jahre 1885 an häufigen tage- und wochenlangen Anfällen von Kopfschmerzen und Benommenheit mit starker Beeinträchtigung der psychischen Functionen. Im Jahre 1892 schloss sich an einen solchen Anfall eine rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie. Der Zustand besserte sich nur bis zu einem gewissen Grade. März 1893 liessen sich bereits in der gelähmten Körperhälfte Contracturen constatiren; im Gesicht bestand nur eine mässige Parese der rechtsseitigen Mundmuskulatur (centrale Facialislähmung). Nach einem Anfall im Juni 1894 stellte sich Schwerhörigkeit und Lagophthalmus des rechten Auges ein. — Es handelt sich nach O. um 2 getrennte luetische Herde, einen älteren Erweichungsherd im Mark der linken Hemisphäre, welcher die motorischen Leitungsbahnen zerstört, und einen jüngeren gummösen an der rechten Hirnbasis, welcher den Facialis und Acusticus geschädigt hat. Der erstere beruht wahrscheinlich auf einer Arteriitis specifica, der letztere auf einer basalen gummösen Meningitis, auf welche auch die Allgemeinerscheinungen zu beziehen sind. Die antisyphilitische Cur, welche eingeleitet wurde, hat in der That auf die Hemiplegie keinen Einfluss ausgeübt, während die Facialislähmung, so weit sie peripherisch war (Lagophthalmus) zurückgegangen ist und die Schwerhörigkeit sich gebessert hat.

Im dritten Fall handelt es sich um eine Combination von Hemispasmus glosso-labio-maxillaris mit einer atypischen Tabes dorsalis. Bei dem 58jährigen Patienten, welcher sich vor 20 Jahren inficirt hat, entwickelte sich, nachdem er bereits in den 30er Jahren alle Zähne verloren, in den letzten Jahren allmählig eine fast vollständige doppelseitige Ophthalmoplegie.

Ausserdem besteht Analgesie im Gebiete beider Trigemini, Hypalgesie und Gefühlsvertaubung an der Kleinfingerseite der linken Hand. Dazu trat nun plötzlich in der letzten Zeit nach einer heftigen Gemüthserschütterung ein ganz neuer Syptomencomplex: Lähmungen und Zuckungen in der linksseitigen Gesichtsmuskulatur. Der linke Mundwinkel ist nach abwärts gezogen, bei Sprechversuchen gerathen Gesichts- und Kiefermuskeln in clonische Zuckungen, wodurch der Unterkiefer nach links hinübergezogen wird, die Zunge stösst gegen den linken Mundwinkel und weicht, wenn sie ausgestreckt wird, hakenförmig stark nach links ab. Daneben besteht Angst und Verstimmung, sowie schlechter Schlaf mit beängstigenden Träumen. — Der faradische Pinsel hat den Hemispasmus bald beseitigt, während die Ophthalmoplegie und die Anästhesie des Trigeminus keine Besserung erfahren haben.

Hoppe.

---

352) **P. Hübschmann**: Ueber Recidive und Diplegie bei der sogenannten rheumatischen Facialislähmung. — Aus der medicinischen Universitäts-Poliklinik in Leipzig.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 22 u. 23.)

Die peripherische Facialislähmung bildet fast 9% von allen (fast 7000) Erkrankungen des Nervensystems, welche in den letzten 14 Jahren in der Universitätspoliklinik zur Beobachtung kamen. Es sind 135 Fälle, bei welchen abgesehen von den durch Ohraffectionen (9%) oder Traumen (6%) bedingten die rheumatische Lähmung (in 73%) die weit bedeutendste Rolle spielt.

Aus den sonstigen statistischen Zusammenstellungen ergiebt sich, dass die rechte Seite nicht von der Lähmung bevorzugt scheint (da wenigstens unter den männlichen Kranken 38% rechtsseitige und 57,4% linksseitige Lähmung hatten) und dass es wohl vom Zufall abhängt, ob die rechte oder linke Seite erkrankt. Ferner scheinen Männer (54) in grösserer Zahl befallen zu werden als Frauen (45). Die Krankheit befällt vorwiegend die Menschen im besten Alter zwischen 20 und 50 Jahren (wohl weil in dieser Periode der grössten Leistungsfähigkeit die arbeitenden Klassen, um die es sich vorzugsweise handelt, den Unbilden der Witterung am meisten ausgesetzt sind). Jedoch sind die Facialislähmungen vor dem 20. Lebensjahre gar nicht so selten, als die Autoren darstellen, da H. allein 9 Fälle gefunden hat. Die Jahreszeit spielt keine wesentliche Rolle.

Von 80 Fällen waren 16 schwere, 31 mittelschwere und 33 leichte. Bei den letzteren sind initiale Schmerzen noch am häufigsten (6 mal) vorgezeichnet, während unter den Mittelformen nur 4 und unter den schweren nur 1 Fall initiale Schmerzen zeigte, in einem Fall bestand Parästhesie hinter dem Ohr der betreffenden Seite. Eine prognostische Bedeutung haben die Schmerzen nicht. Man muss annehmen, dass in allen diesen Fällen, wie in 4 anderen (mittelschweren), wo die Lähmung mit nervösen Störungen complicirt war (in 3 Fällen war die Geschmacksempfindung herabgesetzt, ausserdem bestand in einem von diesen Herpes zoster am Gaumen, in einem zweiten Anästhesie im Bereich des 2. und 3. Trigeminusastes, im dritten Hyperhydrosis, in einem vierten Fall endlich bestand Hyperästhesie der betreffenden Zungenhälfte) der Process auf benachbarte Nervengebiete übergegangen war.

Recidive gehören nicht zu den grössten Seltenheiten. Ebenso wie Philip 1890 unter 94 Fällen 6,4 % fand, konnte H. unter seinen 99 Fällen 6 Recidive (6,1 %) constatiren, deren Krankengeschichte im Original kurz mitgetheilt ist; in einem dieser Fälle betraf das Recidiv die früher gesunde Gesichtshälfte.

Unter Besprechung der bisherigen Erklärungsversuche für die rheumatische Facialislähmung und des von Minkowsky 1891 publicirten Sectionsergebnisses eines Falles, wo sich eine von der Peripherie ausgehende rein degenerative ascendirende Neuritis herausstellte, glaubt H. die Affection als eine Infectionskrankheit betrachten zu dürfen, welche in der Regel den Menschen nur einmal befällt. Das Auftreten von Recidiven würde sich durch ausnahmsweises Ausbleiben der Immunität nach der ersten Erkrankung erklären lassen (ähnlich wie bei Scharlach und Masern).

Heppe.

353) **Jlberg:** Ueber Lähmung des XI. Gehirnnerven bei Tabes dorsalis. (Charité-Annalen 1893, S. 303—312.)

Unter Besprechung der in letzter Zeit stark angewachsenen Litteratur über Accessoriuslähmungen bei Tabes und der anatomischen Daten über die Kerne und den Verlauf des Accessorius theilt I. einen neuen Fall mit, welcher auf der 2. medicinischen Klinik zu Berlin beobachtet wurde. Es handelt sich um einen 53jährigen Arbeiter, welcher in der Jugend einen Schanker hatte.

Das erste Symptom der Tabes, welches 1890 eintrat, war Doppelsehen. Dann entwickelten sich Herbst 1890 langsam Bewegungsstörungen in beiden Schultern, wozu reissende Schmerzen traten. Bald darauf taubes Gefühl und Prickeln in den Extremitäten.

Frühling 1892 traten Magenkrisen (Magenschmerzen anfallsweise 5—6mal täglich unabhängig vom Essen) und Harnbeschwerden ein. Die Behandlung brachte nur wenig Besserung. Seit $1^1/_2$ Jahren Athemnoth und Husten.

Bei seiner Aufnahme 31. Mai 1892 konnte constatirt werden, dass die Schultern nach vorn und unten gesunken waren. Die medialen Ränder der Schulterblätter divergiren nach oben. Ziemlich vollständiger Schwund der Kopfnicker (nur ein bindfadendicker Strang ist jederseits erhalten). Vom M. cucullaris ist der obere Theil vorhanden, während von der unteren Portion nur noch ganz vereinzelte dünne Muskelbündel existiren. Heben der Schultern ist nur so weit möglich, dass der Schulterkamm ungefähr eine Horizontale bildet (vorwiegend ist dabei der M. levator scapulæ thätig). Die Arme können activ nur bis zu zwei Dritteln der Horizontale erhoben werden, was aber nur durch Gelenkveränderungen in Folge langen Nichtgebrauches zu erklären ist.

Electrische Erregbarkeit in den Kopfnickern normal, im unteren Cucullarisgebiet geschwunden, im oberen etwas herabgesetzt.

Stimmbänder bei ruhiger Athmung völlig starr, bei forcirter Athmung wird der vordere Theil etwas nach innen gezogen; bei der Phonation macht das rechte zuckende Bewegungen, während das linke sich energisch adducirt. Ausserdem beginnende Atrophie des linken N. opticus, unvollständige Lähmung des linken Oculomotorius. Von Allgemeinerscheinungen sind noch

vorhanden: Geringe Ataxie (Romberg'sches Symptom), Mangel der Patellarreflexe, Pupillenstarre, Herabsetzung der Tast- und Schmerzempfindung.

Ausser den Magenkrisen, welche gewöhnlich täglich einmal auftraten, ist noch ein Hyperhydrosis im Gesicht (starker Schweissausbruch beim Essen und bei psychischer Erregung) zu erwähnen, wobei die rechte Seite stärker betheiligt ist. Auch die rechte Achselhöhle und die rechte Brustseite schwitzt stärker als die linke.

Was die Accessoriuslähmung betrifft, so ist dieselbe also beinahe vollständig, es fehlt nur die Lähmung des Gaumensegels, während die Atrophie im Gebiete der Kopfnicker und Cucullaris in einem bisher noch nicht beobachteten Grade vorhanden ist. Bemerkenswerth ist, dass die Erscheinungen im Gebiete des Oculomotorius und des Accessorius zu den ersten Krankheitszeichen gehörten und auch im weiteren Verlaufe der Kernaffectionen (Oculomotorius, Accessorius, Opticus) die Hauptrolle spielen.

Hoppe.

354) **Scheinmann:** Lähmung der rechten Gaumenhälfte mit linksseitigen Krämpfen der Schluck- und Kehlkopfmuskulatur. — Vortr. in der Berliner laryngol. Gesellsch. 1./XII. 1893.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 34.)

Der 40jährige Mann, welcher seit $1^1/_2$ Jahren luetisch ist und vor 3 Monaten eine linksseitge Hemiplegie erlitten hat, die noch vorhanden ist, zeigt ausser verschiedenen syphilitischen Pharynxgeschwüren eine rechtsseitige Gaumenlähmung und zuckende Bewegungen im linken palatopharyngeus, an der linken Hälfte des weichen Gaumens und an der hinteren Pharynxwand bis zur Höhe des Kehlkopfeingangs, während am Kehlkopf selbst dieselben Bewegungen am linken Aryknorpel und linken Stimmband zu beobachten sind. Die Bewegungen erfolgen nicht alle gleichzeitig, sondern rhytmisch eine auf die andere; es sind clonische Contractionen in den Muskelgruppen, welche bei demjenigen Theil des Schluckactes in Bewegung treten, wo der Bissen aus der Mundhöhle in den Isthmus pharyngis gelangt.

S. nimmt für die einseitigen Krämpfe eine centrale Ursache an, während in der Discussion Grabower auf die Möglichkeit einer peripheren Nervenaffection hinwies.

Hoppe.

355) **H. Bourges:** Paralysie consécutive à une angine pseudo-membraneuse reconnue comme non diphthérique à l'examen bactériologique.

(Archiv. de méd. expérim. 1895, Nr. 1.)

7jähriger Knabe erkrankte innerhalb von 4 Wochen wiederholt an fieberhafter Angina, bei der sich Pseudomembranen in den Rachengebilden und Röthung derselben nachweisen liessen. Das Leiden wurde von einem masernähnlichen Exythem in Gesicht, Nacken, Vorderarmen und Unterschenkeln die oberen Theile der Extremitäten und der Rumpf bleiben frei — eingeleitet. Es bestanden keine Anomalien von Seiten des Halses, kein Husten, keine Conjunctinitis oder Thränenträufeln. Nach 8 Tagen, während sich das Kind vollständiger Gesundheit erfreute, stellten sich die Erscheinungen von Seiten der Rachenorgane bei hohem Fieber ein. Gleichzeitig erkrankte die Mutter unter den gleichen Erscheinungen. — 14 Tage, nach-

dem die letzte Membran sich abgestossen hatte, wurde das Kind, das seitdem blass und schwächlich geblieben war, von nächtlicher Unruhe, Alpdrücken und Zahnschmerzen befallen. Am nächsten Morgen klagte es über Abdominal- und Kopfschmerzen. Es bestand geringes Fieber. Den darauffolgenden Tag zeigte sich Strabismus convergens. Nach weiteren 2 Tagen war die Sprache ein wenig nasal und beim Schlucken von Flüssigkeiten stellte sich Husten ein. Diese letzteren Erscheinungen verschwanden indessen sehr bald, nur der Strabismus blieb bestehen. 3 Tage später vermochte das Kind sich nicht mehr aufrecht zu halten, obwohl es im Bett die Beine zu bewegen im Stande war. Die Paraplegie blieb stets nur eine unvollständige; Sensibilitätsstörungen bestanden nicht. Patellarreflexe waren nie zu erzielen. — Der Strabismus hielt 14 Tage an. Nach 4 Wochen ging das Kind wieder, aber es hielt dabei noch seine Beine gespreizt und schleppte die Füsse nach. Die Muskeln der unteren Extremität waren nicht atrophirt. 14 Tage später war die Heilung vollständig. Das Kind hatte zugenommen und seine Kraft wieder gewonnen.

Die bacteriologische Untersuchung und das Thierexperiment an den Halsmembranen hatten festgestellt, dass keine Löffler'schen Bacillen vorlagen, sondern, dass es sich um eine Streptococcen-Invasion gehandelt habe — also eine Lähmung nach einer nicht diphtheritischen Halsentzündung.

Buschan.

---

356) **H. Weber** (Marburg): Erhaltene Beugefähigkeit im Humero-Ulnargelenk bei vollständiger Erb'scher Plexuslähmung.
(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 4.)

Bei einem 16jährigen Schlosserlehrling zeigte sich nach einer Narcose eine allgemeine Schwäche und theilweise Lähmung seines rechten Armes.

Die Untersuchung ergab eine Erb'sche Plexuslähmung mit vollständiger Degeneration in den atrophischen Mm. deltoides, biceps, brach. int. und brachioradialis, geringerer Degeneration in den Mm. supra- und infraspinatus und subscapularis, sowie Sensibilitätslähmungen im Gebiete der N. axillaris, musculo-cutaneus und radialis. Während im Schultergelenke alle Bewegungen mit Ausnahme der Adduction des Armes und der Bewegung nach dem Rücken unmöglich waren, war im Unterarme Streckung, Supination und Pronation erhalten und die Beugung nur bei supinirtem Arm ganz aufgehoben, sonst aber, wenn auch in eingeschränktem Maasse, möglich. Bei diesen activen Beugebewegungen fühlte man in der Tiefe vom Condyl. extern. humeri her eine sich energisch contrahirende Muskelmasse.

W. weist nach, dass die Beugung nur bedingt sein kann durch die Thätigkeit der M. ext. carp. rad. longus mit Unterstützung der vom Condyl. ext. hum. entspringenden Muskeln. Damit letztere allein den Beugeeffect hervorbringen, scheint eine Hypertrophie nothwendig, wie sie in einem von Burchardt berichteten Falle durch 9jährige Uebung sich herausgebildet hatte.

Hierin sieht W. einen Fingerzeig für therapeutische Maassnahmen, indem er die Möglichkeit betont, durch systematische Uebung und Massage der erwähnten Muskeln für die verlorene Beugung des Ellenbogengelenks einen Ersatz zu schaffen.

Uebrigens erfolgte im vorliegenden Falle schnelle Besserung durch electrische Behandlung und nach 3 Monaten vollständige Heilung. Die

Ursache der Lähmung sieht W. in dem langdauernden passiven Hängenlassen der Arme nach hinten und unten. Da bei Abduction des Armes eine Annäherung des Mittelstücks der Clavicula an die Rippe bis zur Berührung beider Knochen eintritt, so verfallen dabei die oberen Wurzeln und Aeste des Plexus zumeist dem Drucke, während die unteren leichter ausweichen können. Hoppe.

357) **E. Stanley** (Middletown): A case of digiti mortui of four and a half years' duration.

(Journ. of nervous and ment. dis. 1895, Nr. 1.)

35jährige Imbecille mit intercurrenten Aufregungszuständen verspürte im März 1890 bei einem Spaziergange in kalter Luft (obwohl mit wollenen Handschuhen bekleidet) eine eigenartige Empfindung in ihrer rechten Hand. Die Untersuchung ergab, dass der zweite Finger bleich, glänzend und blutleer aussah, wie abgestorben und dass die Sensibilität geschwunden, sowie die Temperatur erniedrigt war. Dieser Anfall, der sich plötzlich, ohne Schmerzen und ohne sonstige Allgemeinerscheinungen eingestellt hatte, liess unter Anwendung von Hitze im Verlaufe von 2 Stunden wieder nach und das Aussehen des Fingers war ein ziemlich normaler. Solche Anfälle von bald längerer, bald kürzerer Dauer stellten sich seitdem öfters in dem gleichen Finger und in dem entsprechenden der linken Hand ein und waren im August 1894 gerade so wie vordem noch vorhanden. Im Allgemeinen rief Kälte, zeitweilig auch psychische Aufregung dieselben hervor. Andere Finger und auch Zehen wurden von ähnlichen Zuständen, aber in geringerem Grade, befallen. Buschan.

358) **J. Hoffmann** (Heidelberg): Muskelwogen in einem Falle von chronischer doppelseitiger Ischias.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 6.)

Bei einem 29jährigen Bahnarbeiter traten (im Jahre 1872) zum ersten Mal Schmerzen im rechten Ischiadicusgebiet ein; 1876 wurde das linke Bein in gleicher Weise befallen. Exacerbationen von mehrwöchentlicher Dauer wiederholten sich 1880, 1882, 1886 und 1888; in den Zwischenzeiten waren die Schmerzen zwar geringer, erloschen aber nie völlig und wechselten auch während der Anfälle in der Intensität. Schmerzpunkte waren nicht vorhanden, von Reflexen fehlten nur der Achillessehnenreflex und das Ischiasphänomen. Sensibilität etc. ungestört. Von Anfang zeigte sich neben den Schmerzen ein auffallendes starkes Wogen und Wallen in den Muskeln des befallenen Ischiadicusgebietes und in den Adductoren der Oberschenkel beiderseits, am stärksten stets in den Waden.

H. stellt die Diagnose einer functionellen Störung in den Nn. ischiadici und näher einer doppelseitigen chronischen Neuralgia ischiadica mit Muskelwogen in den von den Nn. ischiadici versorgten Muskeln. Zum Schluss führt er die in der Litteratur beschriebenen Fälle von fibrillärem Muskelwogen (Jolly-Kny und Fr. Schultze) kurz an, ohne auf die Beziehungen zwischen diesen und dem seinigen näher einzugehen.

Hoppe.

359) **David Hansemann**: Ueber trophische Störungen nach Continuitätstrennung des Nervus ischiadicus.

(Berl. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 8.)

Die eigenthümlichen trophischen Störungen wurden bei einem 70jährigen Manne gefunden, welcher im pathologischen Institut der Charité zur Section kam. Die Continuitätstrennung des N. ischiadicus am rechten Oberschenkel gleich über dem Knie war jedenfalls auf einen in der Jugend überstandenen tuberkulösen Process des Kniegelenkes (dasselbe war völlig ankylotisch und stark verändert) zurückzuführen, der wie eine lange Narbe nach aussen durchgebrochen oder operirt worden war. Der obere Theil des Nerven endete in eine Art von Amputationsneurom, während der untere Theil mit den übrigen Bestandtheilen des Unterschenkels atrophisch war. Die Haut des Unterschenkels und des Fusses war sehr dünn, trocken und abschilfernd, die Muskulatur erschien wie derbes Fettgewebe. Während der linke Fuss 27 cm lang ist, war der rechte nur 20 cm lang; der Umfang in der Gegend der Malleolen beträgt 26,5 gegenüber 25,8 cm am linken Fuss. Ausserdem zeigte der rechte Fuss eine (im Original durch eine Abbildung veranschaulichte) Verkümmerung der rechten 3 Zehen, welche an gewisse Formen der mutilirenden Lepra nervorum erinnert; die grosse Zehe war verkleinert, der Nagel rudimentär, weich und blätterig, von den beiden nächsten Zehen waren nur noch geringe Reste in der Gestalt kurzer Stummel mit Spuren von Nägeln vorhanden. Die Anamnese ergab, dass der ursprünglich normale Fuss erst allmählig von selbst diese Form angenommen hatte.

Hoppe.

---

b) Neurosen.

360) **R. K. Macalester** (New-York): The nervous symptoms of patients suffering from chronic urethritis.

(The Medic. Record, 1. Dec 1894.)

Verf. giebt die ausführliche Krankengeschichte von 3 Fällen chronischer Urethritis, in denen gleichzeitig functionelle Störungen des Nervensystems vorhanden waren, und zwar handelte es sich theils um Symptome allgemein cerebrospinaler Neurasthenie, theils um Störungen des Urogenital-Apparates allein, theils vorzugsweise um Hypochondrie oder die Neigung zu Melancholie. Die Prognose solcher Fälle ist günstig; die Heilung erfordert neben der causalen die hygienisch-diätetische Behandlung, Bromide, Tonica und psychische Beeinflussung.

Voigt.

---

361) **Alfred Hinde**: A contribution to the study of the location and physiology of the visual cerebral centre.

(The Medic. Record, 1. Dec. 1894.)

Eine 19jährige Lehrerin, nicht erblich nervös, die in ihrem 18. Jahre durch geistige Ueberanstrengung nervös geworden war, wurde bald nach einem Influenza-Anfalle auf dem rechten Auge schwachsichtig, nach Verlauf von 6 Wochen blind. Verf. fand 6 Wochen später weder an den Augenmuskeln noch an den Irisreflexen noch an der Netzhaut irgend welche Unregelmässigkeiten; am linken fand er eine bei längerer Untersuchung eintretende, allmählig zunehmende Abnahme des Gesichtsfeldes. Die Blindheit des rechten Auges konnte, das ergaben die Prüfungen, nicht simulirt

sein. Tast-, Geruchs-, Geschmacks-, Gehörssinn waren normal, dagegen zeigte sich Hyperästhesie in der Ovarialgegend und Ueberempfindlichkeit gegen Druck der oberflächlichen Zweige des ram. ophth. n. quint. Bei der galvanischen Prüfung trat auf dem linken Auge Photopsie durch einen 3mal schwächeren Strom ein, als auf dem rechten Auge; war sie ja doch auf letzterem einmal hervorgerufen, wozu 5 Milliampère Stromstärke nöthig war, so genügten bald weit geringere Stärken zu ihrer Auslösung. Aehnlich war bei derselben Probe auch das Verhältniss des rechten Gehörnerven zum linken. Verf. diagnosticirte eine functionelle Lähmung der corticalen Nervenzellen im linken Hinterhauptslappen, obgleich Ferrier's Ansicht, dass Blindheit auf einem Auge durch eine hinter dem Chiasma liegende Läsion hervorgerufen werden kann, von den meisten Autoren als nicht richtig angesehen wird. — Die Behandlung bestand in hygienisch-diätetischen Massregeln, psychischer Beeinflussung und Anwendung des galvanischen Stromes (An. auf das rechte Auge, Ka auf das linke Hinterhaupt.) Nach 5 Sitzungen schon sah die Kranke das plötzlich ins Auge geworfene Gaslicht, jedoch zunächst nur mit dem centralen Theile der Netzhaut. Allmählig, innerhalb 56 Tagen, kehrte dann der Licht-, Formen- und Farbensinn in ganzer Ausdehnung zurück, der letztere zuletzt, aber schneller zunehmend, als die andern. Auch dieser Fall scheint nach Verf. dafür zu sprechen, dass diese verschiedenen Sinne getrennte Centren im Hinterhauptslappen haben.

Voigt.

---

362) **Möbius**: Ueber die gegenwärtige Auffassung der Hysterie.
(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. I, H. 1.)

Verf., dem die Herausgeber der M. f. G. u. G. noch besonders dankbar sind, dass er das von ihm so sehr geförderte Gebiet zum Gegenstand einer knappen Darstellung gemacht hat, bespricht in der Einleitung die früheren Auffassungen über das Wesen und die Erscheinungen, über den Sitz (!) und über die sogenannte Reflextheorie der Hysterie, rühmt die Verdienste der Charcot'schen Schule und begrüsst den Hypnotismus redivivus, ohne den trotz Obiger der Schlüssel zur Aufklärung so schnell noch nicht gefunden worden wäre. 1888 wagte Verf., wie er sich ausdrückt, zum ersten Male die durchgängige Idealität der hysterischen Erscheinungen zu behaupten, die jetzt als erwiesen (!) anzunehmen ist: „Hysterisch sind die krankhaften Veränderungen, die durch Vorstellungen verursacht sind.“ Die Erscheinungen zerfallen in Zufälle und dauernde Symptome, unter den letzteren ist der psychische Character der häufigen Anästhesien besonders deutlich, „die anästhetischen Hysterischen fühlen, aber sie wissen es nicht.“ Deutlich ist auch die seelische (!) Natur bei systematischer Anästhesie. Aehnlich ist es mit den anderen „Stigmata“, wie Anästhesie könne auch Lähmung durch psychische Einflüsse beseitigt werden.

Verwandtschaft haben offenbar die im hypnotischen Zustande bewirkten Erscheinungen. Der Theorie vom Ober- und Unterbewusstsein stellt Verf. die Bewusstseinsebene mit dem Ich als Mittelpunkt und einer an irgend einer Stelle durch die Suggestion errichteten spanischen Wand, die dem Ich einen Theil seines Besitzthums verbirgt, gegenüber. Betreffs anderer dunkler Punkte fehlt uns das Verständniss der Natur, man soll sich an Thatsachen halten, die obige Verwandtschaft lehren. Die Quintessenz der

gegenwärtigen Auffassung ruht in dem Satze, dass der geistige Zustand bei Hysterischen und Hypnotisirten gleich sei, die Erscheinungen beider Zustände sind Wirkungen der Suggestion, d. h. des Vorstellens. (Heisst Suggestion vorstellen? Ref.)

Weiterhin die Ursachen: Die Hysterischen sind meist Entartete von Geburt, Erben einer entarteten Ascendenz in variabler Erbtheilung. Daher häufig neben Hysterie Symptome allgemeiner Entartung. Die sittlichen Mängel, früher für ein Symptom der Hysterie gehalten, sind Zeichen eines coëxistirenden moralischen Schwachsinns. Es ist psychologisch selbstverständlich, dass die Geistesbeschaffenheit Hysterischer oft mit auffallenden Characterzügen verknüpft ist. Ein besonderes hysterisches Irresein giebt es nicht, ebensowenig Hysteroepilepsie. Die Psychosen Hysterischer mögen freilich eine eigenartige Färbung haben.

Practisch wichtig ist die Frage nach der erworbenen Hysterie. Erbliche Belastung fehlt selten, höchst wahrscheinlich wird man dann ein ebenbürtiges Aequivalent in der vorausgegangenen Lebensweise finden. Die sogenannten Ursachen der Hysterie sind nur „agents provocateurs", so vielleicht die Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.

Nach einigen statischen Erörterungen kommt Verf. in Kürze auf die Therapie zu sprechen. Allgemeine und locale Behandlung, aber vor allem gynäkologisch keine Polypragmatie. Der schändliche Missbrauch mit der Kastration (die Jack the Ripper-Therapie, wie Benedikt sagt! Ref.) wurde ja wohl schon von den besonneneren Gynäkologen verurtheilt!

Der kurze Extract weitschweifiger Theorien ist sehr interessant zu lesen und wenn die Zusammenstellung vielleicht mit Recht: „Möbius's gegenwärtige Auffassung der Hysterie" betitelt ist, so erkennt man ja den hervorragenden Verfasser auch schon aus dem famosen Seitenhieb auf die Electrotherapie, in dem er sie in Parallele mit Wundern und Wallfahrtsorten stellt, höchst wahrscheinlich sind aber in der Arbeit drei Begriffe schlecht behandelt worden: „Vererbung, Entartung und Suggestion".

E. Schichhold.

---

363) **Massalongo** und **Farinati**: Isterismo viscerale.
(Napoli 1894.)

Die Arbeit bringt einige interessante Beiträge zum Kapitel der Imitationen der Hysterie. Die beiden ersten Fälle (hysterisches Magengeschwür und hysterische Lungenphthise) betreffen Fälle, die ziemlich häufig zur Beobachtung kommen, wenn auch nicht immer in so ausgesprochener Weise, wie die mitgetheilten. Beide Male bestanden nämlich Fieber und Blutungen aus dem befallenen Organe, beim zweiten Falle sogar Dämpfungen und saccadirtes Athmen. Ferner ist von einer Pseudogallensteinkolik die Rede, die mit Icterus und Schmerzen in der Lebergegend einherging, ohne dass jemals ein Stein in den Faeces gefunden wurde. Aeusserst merkwürdig ist der vierte Fall, welcher eine „hysterische acute Peritonitis" betrifft. Das 4 Monate lang andauernde Krankheitsbild wies auf: Sehr heftige Leibschmerzen, sehr grosse Druckempfindlichkeit des Unterleibes, Brechneigung, profuse Schweisse, bald Diarrhoe, bald Obstipation, bis 42° ansteigendes Fieber von remittirendem Typus, fadenförmigen Puls, Dyspnoe, schliesslich

facies hypocratica und eine Zeit lang eine Dämpfung im Abdomen. Die Heilung der Urheberin dieser monströsen Krankengeschichte geschah durch tüchtige Schelte, worauf die Temperatur von 42° auf 38° fiel und die Kranke das Bett verliess, nachdem sie während des ganzen Leidens noch 5 Kilogramm an Körpergewicht zugenommen hatte.

In dem Falle von anscheinender Phthise fanden sich im Sputum niemals Tuberkelbacillen; bei dem hysterischen Icterus trat die Hautverfärbung auch ohne Schmerzanfälle nach psychischer Alteration (Aerger) auf; bei allen Kranken fanden sich überdies zahlreiche starke Symptome von Hysterie. So war nur die Diagnose des gastrischen Falles mit ernsten Schwierigkeiten verknüpft, so lange von der Suggestion nicht Gebrauch gemacht wurde. Hier war auch thatsächlich anfangs ein ulcus angenommen worden.

Im Uebrigen ist es eine alte Erfahrung, dass sehr empfängliche Kranke, bei welchen gelegentlich einer Untersuchung nach einem bestimmten Organsymptome geforscht wird, dem Arzte gern in der Weise entgegenkommen, dass sie am folgenden Tage das gewünschte Symptom thatsächlich aufweisen. Es verhält sich hiemit ähnlich, wie mit dem bekannten „Hineinexaminiren von Krankheiten" bei der Erhebung von Anamnesen.

Jentsch.

---

364) **Theod. Diller** (Pittsburg, Pa.): A case exhibiting symptoms of facial hemiatrophy and Jacksonian sensory epilepsy.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Mai, Nr. 5.)

29jähriger Mann aus gesunder Familie, ohne Lues, der vor 5 Jahren sich stark dem Trunke ergeben hatte, seit 2 Jahren aber wiederum mässig lebt, bemerkte vor 10 Jahren, dass der Haarwuchs auf dem rechten Vorderhaupt sich auffällig lichtete und dass er an dieser Stelle weniger schwitzte, als an den übrigen Körperstellen. 6 Jahre später erhielt er auf die gleiche Stelle einen Schlag von einem Maulesel, der von leichter Bewusstlosigkeit gefolgt war, die Kopfhaut und das Auge schwollen stark an. Die Arbeit musste für einige Wochen ausgesetzt werden. Der Haarausfall nahm von dann an noch stärker zu: die fehlende Perspiration machte sich auch auf dem rechten Nasenrücken bemerkbar. $2^1/_2$ Jahre später bemerkte Patient, dass die Haut über dem vorderen $^2/_3$ der rechten Kopfseite und im rechten Gesichte anfing, dünner zu werden und hierin beständig Fortschritte machte. Um dieselbe Zeit erhielt er eines Tages einen Schlag mit einem Eisenstab in die Gegend über die rechte Achillessehne. Wenige Minuten später stellte sich der erste Anfall ein. Er verspürte ein Gefühl von Taubsein und Prickeln in der linken Zehe, das allmählich die linke Unterextremität aufstieg, den Rumpf erreichte, sodann den linken Arm herabging und schliesslich die linke Hälfte des Nackens, Gesichtes und der Zunge ergriff. Der Anfall endigte mit Schmerzen in der rechten Kopfhälfte, die am heftigsten an der atrophischen Stelle waren. Als die Parästhesien die Mitte des Rumpfes erreicht hatten, begannen sie in derselben Reihenfolge, wie sie den Körper ergriffen hatten, wieder aufzuhören. Der Anfall selbst, der sich bei vollständig erhaltenem Bewusstsein vollzog, dauerte 20—30 Minuten; die Kopfschmerzen hielten noch 1—2 Stunden lang an.

Die folgenden Anfälle zeigten, mit wenigen Ausnahmen, den gleichen Character. Durchschnittlich stellten sie sich einmal im Monat ein, indessen nicht in regelmässigen Intervallen. Vor einem Jahre traten auf einmal allgemeine Convulsionen von 20 Minuten Dauer auf, bei denen sich blutiger Schaum vor dem Munde zeigte und nach denen der Kranke in Schlaf verfiel. Im Anfange war er noch beim Bewusstsein gewesen und hatte verspürt, dass die sensorischen Empfindungen in der bisherigen Weise von der Zehe ausgingen und dass, bevor sich die Bewusstlosigkeit einstellte, sein Bein heftig zitterte. — Während Patient bis dahin in der anfallfreien Zeit sich wohl gefühlt hatte, klagte er von jetzt an über Schwindelanfälle und allerlei Missempfindungen im Kopfe. Er musste auch seine Arbeit aufgeben. Das sexuelle Verlangen nahm seitdem ab und fehlte zuletzt vollständig.

Bei der Untersuchung im März 1895 wurde festgestellt: Rechtsseitige Gesichtshemiatrophie (durch Bild illustrirt). Sensibilität der afficirten Partien normal; desgleichen am übrigen ganzen Körper Keine Atrophie sonst. Gang natürlich. Kniereflexe langsam. Die Untersuchung der Augen ergab nichts Auffälliges; nur eine leichte Pigmentatrophie des unteren temporalen Quadranten.

Die Hemiatrophie hält D. für eine chronische Affection des Quintus oder seiner Kerne. Er behält sich vor, die verschiedenen Aeste dieses Nerven zu durchschneiden oder das Ganglion Gasseri auszuschneiden. Die geschilderten Anfälle auf dem sensiblen Gebiete hält er für Erscheinungen einer Jackson'schen Epilepsie sensorischer Natur.

Schliesslich stellt er die Annahme, dass es sich um einen Hirntumor handeln könnte, als nicht unmöglich hin. Buschan.

---

365) **A. Theilhaber** (München): Die Beziehungen der Basedow'schen Krankheit zu den Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane. (Archiv f. Gynäkol., Bd. XLIX, 1, 1895.)

Verf. erläutert an der Hand der in der Litteratur zerstreuten Casuistik und einiger eigener Beobachtungen das gegenseitige Verhältniss, das zwischen Morbus Basedowii und etwaigen Veränderungen in den weiblichen Geschlechtsorganen (Gravidität, Puerperium, Operationen, atrophische Processe, anderweitige Erkrankungen) besteht.

Wichtig sind die Gesichtspunkte, die sich aus seinen Ausführungen für das Verhalten des Arztes bei M. B. ergeben:

1. Mädchen mit M. B. ist die Ehe abzurathen; Verheirathete sind vor Schwangerschaft zu warnen, da unter Umständen Gravidität und Puerperium recht ungünstig auf den Verlauf der Krankheit einwirken können.
2. Unterbrechung der Schwangerschaft ist bei M. B.-Kranken im Allgemeinen nicht zu gestatten. Berechtigung hat dieses Verfahren nur dann, wenn wegen der Schwere des Grundleidens das Leben auf dem Spiele steht.
3 Patientinnen, die aus Familien mit M. B. stammen oder sonst neuropathisch belastet sind, ist das langdauernde Stillen zu widerrathen.
4. Atrophie der Genitalien, Amenorrhoe, Endometritis catarrhalis, Retroflexion etc. sollen bei M. B. nicht local behandelt werden, da örtliche

Behandlung hier gewöhnlich schaden wird. Ausnahmen bilden häufige profuse Blutungen, gestielte Myome, Carcinom, Ovarialtumoren etc., die sachgemäss zu behandeln sind.

5. Bei Atrophie der weiblichen Genitalien ist, falls stärkere Molimina bestehen, ein Canal für Abfluss des Blutes zu schaffen, eventuell die Castration vorzunehmen.
Buschan.

---

366) **Chauffard:** Acromégalie fruste avec macroglossie.
(Bulletin médical 1895, Nr. 56. Juli 14.)

32jähriger Mann, von hysterischer Mutter stammend, ist Alcoholiker, Raucher und leidet an Bleivergiftung (Koliken und Extensorenlähmung); ausserdem Hysteriker: linksseitige Hemianästhesie, hyperästhetischer (hysterogener) Hoden derselben Seite; keine Gesichtsfeldeinschränkung oder Dyschromatopsie). Seit etwas über 2 Jahren verspürt er eine Dickenzunahme der Zunge und ein auffälliges Wachsthum des Unterkiefers.

Status präsens: Ausgesprochener Prognathismus des Unterkiefers, in die Länge gezogenes Gesicht, cervico-dorsale Kyphose mit compensatorischer dorso-lumbarer Scoliose, Hypertrophie des Penis (seit einigen Monaten), atrophische Testikel, stark vorspringende Scheitelbeinhöcker, beständige Kopfschmerzen, kleine, schwer zu fühlende Schilddrüse, gewisse Augenstörungen (rechts: Myopie, Staphyloma posticum, hyperämische Papille, Turgescenz der Venen, Arterienverengung, Pigmentatrophie der Netzhaut; links: Augenhintergrund normal, seit 2 Monaten Verlust der Sehkraft auf diesem Auge; Pupillen beiderseits gleich gross, mittelweit, auf Lichteinfall und Accomodation sehr schwach reagirend) und Macroglossie.

Diese Verdickung der Zunge ist das Merkwürdige an dem vorliegenden Falle. Ad maximum ausgestreckt reicht sie 5,5 cm über die Oberlippe; ihre grösste Dorsalbreite beträgt 7 cm, ihr Umfang in demselben Niveau 12,5 cm und ihre Dicke 21 mm. Ihr Aussehen ist gewölbt, glatt, weich mit kaum sichtbaren Furchen.

Hypertrophie der Extremitäten-Enden besteht nicht; alle übrigen Organe zeigen eine normale Beschaffenheit und Function.

Es handelt sich nach Ch. um eine forme fruste der Acromegalie. Mit Sicherheit lässt sich annehmen, dass eine Hypertrophie der Hypophyse des Gehirns vorliegt. Der Kranke würde sich demnach, um mit Tamburini zu reden, in dem hypophysären Stadium der Acromegalie befinden.

Buschan.

---

367) **Heymann:** Ueber das Stottern.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. V, H. 2.)

In einem interessanten Aufsatze über das idiopathische Stottern, das er mit Kussmaul u. A. als eine „spastische Coordinationsneurose schlechtweg" bezeichnet, bespricht H. die Aetiologie, Symptomatologie, Pathologie, Prognose und Therapie des Stotterns.

Als ätiologische Momente hält er die Armuth (Berkhan, Treitel), den Zusammenhang zwischen Mundathmung und Stottern (Bloch), die Beziehungen zwischen Veränderungen der oberen Luftwege und Stottern (Bresgen, Kafemann, Winkler), das Geschlecht für nicht erwiesen.

Fieberhafte Krankheiten hält er nicht für prädisponirende Momente, sondern lässt sie nur als Gelegenheitsursachen gelten. Heredität, psychische Contagiosität sind allgemein anerkannt, die Nationalität von Ssikorski als prädisponirendes Moment gefunden.

H. macht ausserdem noch auf den Nachahmungstrieb der Kinder aufmerksam und stellt den Eintritt des Angstgefühls vor Strafe und in Folge dessen vor dem Stottern als den „Markstein in der Entwicklung des Stotterns" hin. Erst von da kommt das Uebel zum Bewusstsein und hier ist der Ausgangspunkt des psychischen Stotterns

Betreffs der Symptomatologie des Stotterns stellt H., nachdem er die Ansichten der einschlägigen Autoren besprochen, keine festen Regeln auf, er erklärt die Verschiedenartigkeit des Auftretens dadurch, dass er eben das Stottern auf Autosuggestion zurückführt. Nur 2 Punkte hebt er als allgemein richtig hervor:

1. Jeder Stotterer spricht ohne Anstoss, wenn er allein, unbeachtet ist oder sich glaubt.
2. Mässiger Alcoholgenuss vermindert resp. beseitigt das Stottern.

Diese Beziehung der Autosuggestion zum Stottern wird im folgenden Kapitel, das die Pathologie behandelt, besprochen

Hier pflichtet H. den Ausführungen Sohrenk's bei, der das Stottern als eine Willensstörung betrachtet Für die Unterhaltung des Stotterns hält er für nothwendig, dass der Mensch daran denkt, es erleidet dadurch die motorische Uebertragung im Sprachcentrum Hemmungen, deswegen wirken alle Umstände, die den Stotternden an sein Uebel erinnern, ungünstig, alle Umstände, welche ihn von diesem Gedanken ablenken, günstig auf das Uebel ein. Diese Gedanken führt er an einem dem Wernicke'schen Aphasieschema fast gleichen aus und meint, dass in Folge der psychischen Alteration eine über Gebühr starke motorische Uebertragung im alten Geleise oder aber eine Entgleisung zu Stande komme

Dauber.

---

368) **Ji Hughlings Jackson:** Neurological Fragments.
(The Lancet, 20. I. 1894)

J. beschäftigt sich mit den Untersuchungen, welche Risien Russel über das Verhalten der Patellarreflexe bei Hunden und Kaninchen anstellte und zwar bei künstlicher Asphyxie. J. weist darauf hin, dass bei Uebervenosität des Blutes die Patellarreflexe fehlen, was die Thierversuche von R. Russel schon ergeben hatten. Auch in einem Falle von Opiumvergiftung fehlten die Patellarreflexe. J. fordert auf, bei Cyanose die Reflexe zu prüfen. (Ref. fand in einem Fall von Cyankalivergiftung bei dem völlig bewusstlosen Cyanotischen die ungleichmässig erweiterten Pupillen ohne Reaction auf Licht, keinen Cornealreflex, aber beiderseits schwach auszulösende Patellarsehnenreflexe bei vollkommener Hautanästhesie. Kneifen der Lippen, Stechen mit Nadeln bewirkten nicht die geringste Reflexbewegung. Dieser Kranke kam vorübergehend durch Atropin wieder zum Bewusstsein.)

Wichmann.

---

369) **Grame Hammond** (New-York): Alcohol in neurasthenia.
(Journ. of nerv. and ment. dic. 1894, Nov.)

Verf. weist darauf hin, dass Alcoholgenuss im Allgemeinen für den Neurastheniker von schädlichen Folgen ist, dass hingegen seiner Erfahrung nach ganz kleine Gaben zur Beförderung der Verdauung beitragen. Seit einiger Zeit verabreicht er Maltin mit Coca-Wein. Maltin hilft wegen seiner diastetischen Eigenschaften bei der Verdauung der stärkehaltigen Nahrungsmittel, Alcohol befördert die Secretion des Magensaftes und das Cocapräparat wirkt als Stimulans auf das Nervensystem.*)

Buschan.

370) **Gilles de la Tourette**: Sur l'intoxication chronic par le café.
(Bulletin médical 1895, Nr. 56, Juli 14.)

Die Vergiftung in Folge von chronischem Kaffeegenuss gleicht ziemlich dem chronischen Alcoholismus; sie äussert sich vorwiegend durch Störung der Verdauungsorgane und der Nerven.

Die Kaffeedispepsie ähnelt sehr der alcoholischen: morgendliches Erbrechen, Schmerzen in der Magengrube, belegte Zunge, tief darniederliegender Appetit, Abscheu gegen feste Speisen, schliesslich Abmagerung (Cachexie caféique nach Guelliot)

Die Störungen von Seiten des Nervensystems sind recht häufige und wichtige. Schlaf fehlend und ist, wenn er sich einmal einstellt, durch schreckliche Träume und Alpdrücken unterbrochen. Deutliches Zittern der Ober- und Unterextremitäten, fibrilläres Zucken der Lippen und Zunge, das sich au h auf andere Gesichtsmuskeln unter der Form von Erschütterungen ausbreiten kann. Schmerzhafte Crampi in der Bein- und Oberschenkelmuskulatur. Unter Umständen ist auch die Sensibilität herabgesetzt; die Reflexe bleiben im Allgemeinen intact. Kaffeelähmungen sind zwar bisher noch nicht beobachtet worden, indessen ist nach Analogie der Alcohollähmungen die Annahme gestattet, dass solche eintreten können.

Von Seiten des Circulationsapparates ist ein Rückgang der Pulsfrequenz beachtenswerth; Palpitationen sind selten. — Es sind auch verschiedene Störungen im Genitalapparate beobachtet worden, indessen kommen solche nicht häufig vor. — Endlich sollen Kinder in ihrer Entwicklung zurückbleiben.

Die Prognose der chronischen Kaffeevergiftung ist eine gute. Mit dem Aussetzen des schädlichen Agens stellt sich schnell eine sichtliche Besserung ein. Diese Thatsache kann unter Umständen bei der Differentialdiagnose zwischen chronischer Kaffee- und Alcoholvergiftung von Bedeutung sein.

Buschan.

471) **Wyss** (Laufen): Zur Casuistik der Sulfonalvergiftung.
(Correspbl. f. Schweizer Aerzte 1895, Nr. 10.)

24jähriges Fräulein nahm wegen hartnäckiger Schlaflosigkeit an einem Freitag Nachmittag innerhalb weniger Stunden im Ganzen 4 g Sulfonal. Sie schlief daraufhin bis gegen Sonnabend Mittag, wurde geweckt, kleidete sich an, ging aber nach einer halben Stunde wegen unbezwinglicher Schlaftrunkenheit wieder zu Bett. Mit Ausnahme einer Stunde an demselben Nachmittage schlief sie dann weiter bis Sonntag Morgen, wo sie, immer mit der gleichen Schlafsucht behaftet, etwa 2 Stunden ausserhalb des Bettes zubrachte. Am

---

*) In summa ein Muster therapeutischer Pfuscherei. Redaction.

Sonntag Abend wurde der Schlaf höchst unruhig und dann so tief, dass man Pat. mit keinem Mittel zum Bewusstsein bringen konnte. Gegen alles Klemmen, Kneifen und Rufen, selbst gegen sehr starken Druck auf die Augen blieb sie unempfindlich; dagegen rief Druck auf die Magengegend ein heftiges Zucken im ganzen Körper hervor. Die Augen waren meist offen, und sitzend oder liegend sprach die Kranke fast anhaltend mit Personen, die stundenweit entfernt waren und die sie seit 14 Tagen nicht mehr gesehen hatte. Von Zeit zu Zeit befielen sie heftige Krämpfe, so dass 2 Personen alle Mühe hatten, sie im Bette festzuhalten. Die Hände waren dabei fest geschlossen. — Dieser Zustand dauerte bis Dienstag Morgen, als der Verfasser erschien und warme Bäder mit kalten Uebergiessungen und ein Kaltwasser-Klysma mit Essig applicirte. Nach dem ersten Bade lag die Kranke etwa eine halbe Stunde lang wie starr im Bette, nach etwa weiteren $1^1/_2$ Stunden kehrte das Bewusstsein für eine halbe Stunde und im Laufe des Nachmittags wieder auf kurze Zeit zurück. Am folgenden Tage Campher-Injectionen, Stimulantion und Derivantion. Von da an kehrte das Bewusstsein jeden Tag zu wiederholten Malen auf kurze Zeit zurück. Die Nächte dagegen glichen meist der Nacht vom Sonntag auf den Montag; bei der geringsten Aufregung heftige Krampfanfälle und Bewusstlosigkeit mit beständigem Reden und Schreien, das sich hier und da noch wochenlang zeigte. Bis zur Abreise (1 Monat nach der Vergiftung) sehr grosse Reizbarkeit. Später schrieb die Kranke, dass sie nachher immer noch mit Krampfanfällen und Bewusstseinsstörung zu thun gehabt habe und dass ihr die Erinnerung an alles Geschehene geschwunden sei.

Im Anschluss an diese Beobachtung hält Verfasser Umschau auf dem Gebiete der Sulfonallitteratur und findet, dass die von ihm geschilderten Symptome sich grösstentheils mit den von den verschiedensten Autoren verzeichneten Beobachtungen decken.

In der Anmerkung giebt die Redaction der Zeitschrift, Dr. Haffter, der Ansicht Ausdruck, dass es sich im vorstehenden Falle nicht um reine Sulfonalwirkung, sondern um Combination mit hysterischer Lethargie gehandelt haben könne. Buschan.

---

372) **W. Janowski** (Warschau): Ein Fall von Bleivergiftung mit ausserordentlich seltenen Symptomen.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 7.)

Die Vergiftung war bei einem 27jährigen Wasserleitungsarbeiter, welcher beim Verlöthen der Röhren oft mit Mennige zu thun hatte, zuerst vor 3 Jahren aufgetreten, wo er gleich von einer Lähmung der linken oberen Extremität betroffen wurde, die nach Aufheben der Arbeit bei der Wasserleitung nach 4 Monaten schwand. Der zweite Anfall ging ohne Lähmung der Extremitäten einher, zeigte aber mehrere ausserordentlich seltene Symptome. Der Puls wurde nach einiger Zeit plötzlich ausserordentlich unregelmässig, sehr klein und zeigte ausgesprochene Embryocardie. Es zeigte sich ferner eine partielle Lähmung des rechten Gesichtsnervs, nämlich in seinen zwei unteren Verzweigungen, während die rechte Pupille verengert war und schwächer auf Licht reagirte. Hoppe.

---

c) Gehirn.

373) **A. Elschnig:** Ueber die pathologische Anatomie und Pathogenese der sogenannten Stauungspapille.

(Arch. für Ophthalm. 41, 2.)

E.'s sehr sorgfältige anatomische Untersuchungen von 28, meist auch in vita ophthalmoscopisch untersuchten „Stauungspapillen" verschiedensten Alters haben ergeben, dass der „Stauungspapille" in jedem Falle eine Entzündung der Sehnervenpapille, und zwar chronischen Characters, zu Grunde liegt. Ein reines Oedem der Sehnervenpapille kommt zu Beginn der Stauungspapille nicht vor. Die hochgradige Volumszunahme der Papille, welche allein die „Stauungspapille" von der Neuritis intraocularis unterscheidet, ist bedingt einerseits durch entzündliches Oedem des gesammten Papillengewebes, anderseits durch ein Vorquellen (gegen das Bulbusinnere) des im Sclerotico-Chorioidalcanale gelegenen Sehnervenantheiles.

Die Neuritis optica intraocularis und die Stauungspapille in Folge intracranieller Entzündungen unterscheidet sich im anatomischen ebensowenig wie im ophthalmoscopischen Bilde in irgend einer Weise von den gleichbenannten Affectionen bei intracraniellen Tumoren.

Die Frage, warum und unter welchen Umständen sich aus der einfachen Neuritis die Stauungspapille entwickelt und warum das gerade bei Hirntumoren so häufig geschieht, harrt noch ihrer endgültigen Entscheidung.

Heddaeus (Essen).

---

374) **K. Ewald:** Beitrag zur Casuistik der Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute nach Trauma

(Wiener klinische Wochenschr. 1895, Nr. 11.)

Ein 12jähriger Knabe fällt auf der Strasse hin und verwundet sich die Weichtheile am Hinterhaupt. Normaler Wundverlauf, vorübergehende Kopfschmerzen Einen Monat später Schüttelfröste und hohe Temperatur, ungefähr 4 Wochen lang, worauf die Diagnose auf Typhus gestellt wurde. Darauf hin und wieder Kopfschmerzen. Acht Monate später wieder Schüttelfröste und eine Schwellung in der linken Parietalgegend, die in einen Abscess überging. Dabei Hemiparese und rechts gesteigerter Kniereflex Zugleich allmähliche Vergrösserung des Schädels, Atrophie des rechten Auges und Neuritis des linken Sehnerven. Nach einer Incision des Abscesses, wobei man auf den blossen Knochen kam, besserte sich die Lähmung. Die Diagnose wurde auf Periostalabscess und Hydrocephalus gestellt. Bald traten von Neuem Temperaturerhöhungen ein und der Abscess secernirte stark. Nach Oeffnung des Schädels und der Dura ging viel mit bräunlichen Flecken untermischter Eiter ab. Nach mehrmaligem Wechseln des Verbandes nahm die Absonderung bald den Character von normaler Cerebrospinalflüssigkeit an. Ein paar Monate darauf traten wieder Schüttelfröste und Brechneigung auf, der Patient verunreinigte sich und wurde überhaupt immer schwächer und hyperästhetischer. Weder Genickstarre noch Vagussymptome. Nach 4 Wochen trat der Tod ein. Die Obduction ergab folgenden Befund: Schädelknochen (abgesehen von den Folgen des operativen Eingriffs) intact; die Dura über die Convexität der linken Hemisphäre verdickt, an ihrer Innenfläche viel rostfarbige Pseudomembrane, die sie mit der Pia und dem Hirn verbinden, und die auch die aus der Hirnmasse

kommenden Gefässe, besonders die Vena magna galeni umgaben, an der Basis eitrige Meningitis, Hydrocephalus internus und ein nussgrosser Abscess mitten in dem linken Stirnlappen.

Die Epikrise wäre folgende: Durch das Trauma entstand nach der Verwundung der weichen Schädeldecke eine meningeale Blutung (die vorübergehenden Kopfschmerzen), welches Hämatom später inficirt wurde (die typhusähnlichen Erscheinungen) — entweder von der Wunde aus oder durch hämatogene Infection. Diese Infection führte zu dem Entstehen eines — wahrscheinlich latent verlaufenen — Abscesses im linken Stirnlappen. Der allmählich gebildete Eiter war jedoch begrenzt und führte erst nach Monaten zu phlegmonösen Erscheinungen am Parietalbein. Die Abkapselung hatte jedoch zur Störung der Blutbewegung im Gehirn und zur Bildung von Hydrocephalus internus geführt. Dieser Hydrocephalus verursachte durch den Druck von innen, dass die subdurale Abscesshöhle nach ihrer Oeffnung so schnell zur Heilung kam. Die Ursache für die zum Schluss auftretende eiterige Basalmeningitis kann in einer Infection von dem Hirnabscess oder von der Nase aus zu suchen sein, obschon zwischen Abscess und Meningitis kein directer Zusammenhang bestand.

Das Interessante an diesem Fall liegt also in dem Zustandekommen einer meningealen Blutung und der Infection des Hämatoms ohne Knochenverletzung, dem Durchbrechen bei intactem Knochen, der Beschränkung des subduralen Abscesses und dem hierdurch entstandenen Hydrocephalus internus. Kurella.

---

375) **S. Monrad:** Om Afasi, særligt hes Kejthaandede. (Aphasie bei Linkshändigen.)

(Hospitalstidende 1895, S. 673 u. 75.)

Eine 63jährige Wittwe bekam plötzlich einen apoplectischen Anfall mit linksseitiger Hemiplegie und Hemianopsie und gleichzeitig motorischer Aphasie und Agraphie. Im Laufe von 8 Wochen wurde sie wieder hergestellt und eine anatomische Untersuchung fand also nicht statt. Jedoch sieht M. es für unzweifelhaft an, dass die Aphasie auf einer Läsion der rechten Hemisphäre beruht. Bei der Untersuchung zeigte es sich nun, dass die Kranke seit ihrem 9. Jahre linkshändig war, indem sie zu dieser Zeit durch eine Läsion der rechten Hand gezwungen wurde, während mehrerer Wochen ausschliesslich die linke Hand zu benutzen. Nur schrieb sie mit der rechten Hand. Beim Versuche, mit der linken Hand zu schreiben, führte sie dies in Spiegelschrift aus.

Zur Mittheilung dieses Falles fügt der Verfasser eine Uebersicht des jetzigen Standes unserer Anschauungen über Aphasie mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse bei Linkshändigen. Koch (Kopenhagen).

---

376) **W. v. Bechterew:** Die Tetanie. Nach einer Mittheilung in der Sitzung der Kasaner Gesellschaft der Neuropathologen und Psychiater 1893.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, VI. Bd., 5. u. 6. Heft, 1895.)

Ein 24jähriger Soldat ohne erbliche Belastung erkrankte nach Genuss von Branntwein und einer reichlichen Menge von Sauerkohl mit starken Bauchschmerzen und schmerzhaften Krämpfen an den oberen und unteren

Extremitäten. Die Krämpfe verloren sich nach einem warmen Bade fast gänzlich. Einige Tage später erneutes Auftreten der Krämpfe in den Armen, welche jedoch bereits am nächsten Tage geschwunden waren, so dass Patient bald darauf aus dem Hospital entlassen werden konnte. 5 Tage nach der Entlassung musste der Patient wegen schmerzhafter Krämpfe an den Händen, besonders den Fingern, wieder in das Hospital gebracht werden.

Status präsens bei der Aufnahme, 7. April: Patient von mittlerer Grösse und mässiger Constitution; innere Organe ohne Veränderung, Schmerzempfindung merklich herabgesetzt, am Bauch, rechts an der Schulter und an der äusseren Fläche beider Schenkel fast gänzlich verloren; Temperatur- und Tastempfindlichkeit, ebenso das Muskelgefühl erhalten, die Sinnesorgane ohne Veränderung; Hautreflexe schwach, Kniereflexe dagegen ziemlich lebhaft.

10. April: Ein Anfall mit starker krampfhafter Contraction der Extremitätenmuskeln, besonders des Biceps und der Wadenmuskeln, Bewusstsein hiebei völlig erhalten. 12. April: Wiederholung des Krampfanfalles; daneben Fieber; auch am folgenden Tage Temperaturerhöhung bis 40°, ferner Kopfschmerz, Gefühl des Zerschlagenseins. An diesem Tage wurde der Patient zum ersten Male von B. untersucht. Die Kniephänomene zeigten eine auffallende Erschöpfbarkeit. Hautreflexe sehr träge, die Muskelreflexe dagegen merklich erhöht. Die Pupillen auf Licht träge reagirend. Beim Beklopfen der Nervenstämme findet sich überall ausgesprochene Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit; dabei wurde constatirt, dass bei aufeinanderfolgenden Schlägen mit dem Percussionshammer die mechanische Nervenerregbarkeit sich beständig steigerte, so dass zuletzt sich ein tonischer Krampf einstellte. Auch die electrische Nervenerregbarkeit zeigte sich für beide Stromesarten deutlich erhöht bei qualitativ normaler Reaction der Muskeln. Zugleich ergab die Prüfung mit dem electrischen Strom auch eine allmählige Steigerung der electrischen Erregbarkeit der Nervenstämme. Bei einer Stromstärke, welche ursprünglich eine kaum bemerkliche Contraction der Muskeln hervorrief, wächst bei weiterer electrischer Reizung die Muskelcontraction sehr bedeutend und erreicht schliesslich den Grad eines ausgesprochenen tonischen Krampfes. Diese Wirkung tritt bei Galvanisation des Nerven jedoch nur bei Kathodenschliessung und Voltaischen Alternativen ein; der faradische Strom äussert einen ähnlichen Einfluss. An den Nervenstämmen sind an verschiedenen Stellen schmerzhafte Punkte nachzuweisen.

16. April: Die mechanische Erregbarkeit der Nervenstämme hat abgenommen, die electrischen Erscheinungen an den Nerven und Muskeln sind im Allgemeinen noch die gleichen.

22. April: Krampfanfälle sind nicht mehr aufgetreten. Die mechanische Erregbarkeit der Nervenstämme im Gesicht, am Hals und den unteren Extremitäten ist auffallend schwächer geworden, an den oberen Extremitäten jedoch noch immer stark erhöht, und durch wiederholtes Beklopfen des N. ulnaris wird nicht nur Krampf der ganzen Hand, sondern auch krampfhafte Contraction der Brustmuskeln und des Zwerchfelles hervorgerufen, so dass die Athmung frequent und ungleich vor sich geht. Durch Druck auf die Gegend des N. phrenicus und die angrenzenden Theile der Supraclaviculargegend gelingt es, isolirten Krampf des Diaphragma und der Brustmuskeln auszulösen. Der allgemeine Krampf der oberen Extremitäten wird

nicht allein leicht durch Druck auf die Nervenstämme, sondern auch durch einfaches Zusammenpressen der Muskeln hervorgerufen. Bei Hautreizung findet man die reflectorische Erregbarkeit überall stark erhöht. Die Sehnenreflexe zeichnen sich dagegen durch auffällige Unbeständigkeit aus. Bei der Untersuchung der Muskeln durch den faradischen Strom zeigen sich nicht selten Contractionen der Antogonisten.

In der Epikrise vorstehenden Falles von Tetanie betont der Autor als in der Litteratur bisher nicht genügend gewürdigte Erscheinungen: Die auffällige Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Nervenstämme bei mehrmaligem Beklopfen derselben, das analoge Verhalten der electrischen Erregbarkeit der Nervenstämme, welches er als Erregungsreaction bezeichnet, die erhöhte, zeitweilig einen ungewöhnlichen Grad erreichende reflectorische Erregbarkeit und die Contraction der Antagonisten bei faradischer Reizung der Nerven und Muskeln, welche er auf Reflexvorgänge zurückführt. Beim Trousseau'schen Symptom handelt es sich nach seinen Beobachtungen ausschliesslich um directe oder reflectorische Reizung der eine äusserst erhöhte mechanische und electrische Erregbarkeit aufweisenden Nervenstämme; der Druck auf die Gefässe spielt hiebei keine wesentliche Rolle. Den Sitz des Leidens anlangend, so weisen manche Erscheinungen (der symmetrische Character der Krämpfe etc.) auf einen spinalen Ursprung hin, während das Verhalten der peripheren Nervenstämme mechanischer und electrischer Reizung gegenüber über die erhöhte Erregbarkeit derselben keinen Zweifel lässt. Bekannt ist auch, dass gemüthliche Erregungen die Entwicklung der Tetanieanfälle begünstigen. B. schliesst aus diesen Umständen, dass die Tetanie eine Krankheit repräsentirt, bei welcher eine bedeutende Steigerung der Erregbarkeit sowohl des centralen wie des peripheren, also folglich des ganzen Nervensystems besteht. Hin und wieder überschreitet bei dieser besonderen Erregbarkeit der Reizzustand des Nervensystems in Folge dieser oder jener (reflectorischer, psychischer u. s. w.) Einflüsse eine bestimmte Grenze und es entsteht ein Anfall der Tetanie, der so lange dauert, bis der Reizzustand des Nervensystems wieder schwächer geworden ist."

Bezüglich der Ursachen dieser erhöhten Erregbarkeit des Nervensystems bieten die Angaben des Verfassers nichts Neues (gastrointestinale Störungen, Kropfexstirpationen etc.).

Anhangsweise wird über einen weiteren Fall von Tetanie berichtet, in welchem sich Erregungsreaction der sensiblen Nerven und der Nerven der Sinnesorgane nachweisen liess. Wurde bei dem Kranken mit dem Finger oder einem Gegenstande die Haut seitlich am Bauche gestrichen, so wurde diese Reizung bei mehrmaliger Wiederholung immer empfindlicher und schliesslich so unangenehm, dass der Patient sie nicht mehr aushalten konnte. Prüfte man bei dem Patienten die galvanische Reaction der Gehörorgane, so hörte derselbe anfangs bei jeder Kathodenschliessung bei gleichbleibender Stromstärke zuerst ein leichtes Geräusch, mit der Zeit aber ein solches, das dem heftigsten Sausen des Windes glich. Aehnlich verhielt es sich bei electrischer Reizung des Sehnerven.

L. Löwenfeld.

---

377) **John Cowan** (Leigh Sinton, Malvern): Notes on a case of cerebral hemiatrophy.

(Journ. of ment. science 1895, Juli, S. 420.)

Imbeciller Epileptiker, der von einer geisteskranken Mutter abstammte, bedrohte einen Arbeiter mit einem Beil und fand daher Aufnahme im Asylum zu Melrose. Die epileptischen Anfälle, die anfänglich sehr heftig waren, gingen hier unter Brombehandlung zurück; es blieb ein reizbares, hochfahrendes Wesen zurück, ein milder maniakalischer Zustand mit Demenz. Gang war ungeschickt, aber nicht schwankend; rechtes Bein etwas steif. Gesicht unsymmetrisch. Aussprache explosiv, Redeweise weitschweifend und incohärent. — Nach 13jährigem Aufenthalt stellte sich Phthisis ein, die nach wenigen Monaten zum Tode führte.

Die Autopsie ergab: Schädeldecke hypertrophisch (Verdickung der Diploë), besonders auf der linken Seite, und zwar in der Stirn- und Hinterhauptregion. Dura leicht verdickt, nicht adhärent am Knochen. — Die linke Hemisphäre im Allgemeinen geringer entwickelt, als die rechte. Ihre Windungen in der Stirn- und Hinterhauptsgegend sind kleiner und zeigen ein zusammengeschrumpftes und zusammengedrücktes Aussehen. Der linke Scheitellappen ebenfalls zusammengeschrumpft und ausgehöhlt. Die Windungen der motorischen Region zwar an einzelnen Stellen atropisch, aber im Allgemeinen normal an Aussehen und Grösse, indessen einfach gebaut. Die rechte Hemisphäre zeigt breite Windungen in der motorischen Region, aber leichte Atrophie des Frontallappens. — Die Basisarterien zeigen keine grobanatomischen Veränderungen: es sind zwei arter. commun. anter. vorhanden. — Pia über der linken Hemisphäre ausserordentlich dick, sehr ödematös und milchweiss-trübe.

Bei Lebzeiten bot der Kranke keine Erscheinungen, die einen solchen Befund vermuthen liessen. Buschan.

---

378) **Hubert Bond** (London County Asylum, Banstead): Atrophy and sclerosis of the cerebellum.

(Journ. of ment. science 1895, Juli, S. 409.)

43jährige Frau wurde im Juli 1877 vom Hoxton House Asylum, wo sie bereits seit 1872 Aufnahme gefunden hatte, ins Banstead Asylum tranferirt. Bei der Aufnahme ins Hoxton House Asylum bot die sehr magere Kranke, die seit ihrem 7. Jahre geistig und körperlich defect sich gezeigt hatte, das Bild einer vorgeschrittenen Demenz, ausserdem ein nervöses Temperament und einen ziemlich beeinträchtigten Gang. Sie konnte nur mit Schwierigkeit gehen und war mehr oder weniger hilflos. Kein Tremor, keine melancholischen oder maniakalischen Anfälle. Im Uebrigen das Körperbefinden gut. — Während des 5jährigen Aufenthaltes blieb der Zustand der Kranken ziemlich derselbe; nur begannen im Jahre 1873 sich Sprachstörungen und im Jahre 1876 eine zunehmende Hilflosigkeit (Mangel an Reinlichkeit) bemerkbar zu machen.

Im Banstead Asylum traten im Laufe der Jahre noch hinzu: Allgemeiner Tremor, Schlingbeschwerden, zögernde Sprache, maniakalische

Anfälle, deutlich atactischer Gang, der progressiv schlechter wurde, hochgradige Demenz, fehlender Patellarreflex rechts, gesteigerter links, ödematöse Schwellung der Beine, schliesslich Unmöglichkeit zu gehen und zu stehen, Unreinlichkeit. Eine hinzugetretene Phthise führte im Juli 1894 den Tod herbei.

Die Section ergab: Atrophie und Sclerose des Kleinhirns.

Es betrug

das ganze Hirngewicht	1090 g	(bei Normalen 1220 g)	nach Boyd),
das Gewicht der Hemisphären	1026 g	(bei Normalen 1060 g)	nach Tuke's dictionary.
„ „ des Cerebellum	50 g	(„ „ 137,2 g)	
„ „ der Pons	8 g	(„ „ 15,9 g)	
„ „ der medulla oblong.	6 g	(„ „ 6 g)	

Das Kleinhirn war somit auf $^1/_3$ seines Volumens reducirt und zwar betraf diese Reduction gleichmässig beide Hälften. — Es fühlte sich gleichmässig hart an, wie wenn es mehrere Monate in einer Härtungsflüssigkeit gelegen hätte. Die graue Rindensubstanz war schmäler als normal; die weisse Substanz stark zusammengeschrumpft; vom corpus dentatum war keine Spur zu entdecken. Die Pons war zwar auch kleiner als normal, jedoch fühlte sie sich bei Berührung nicht so sclerosirt als das Kleinhirn. Die microscopische Untersuchung bestätigte die Diagnose Sclerose (Untergang der Purkinje'schen Zellen, die Ueberreste derselben in einem dicken Netze von fibr. Bindegewebe).

In der Analyse des vorstehenden Falles betont B. noch, dass die Kranke nie epileptische Anfälle gehabt hat, dass die Gehirngefässe keine Veränderungen darboten und dass keine Anzeichen für eine frühere Meningitis bestanden. Der Ursprung des atrophischen Processes ist dunkel, vielleicht bereits intrauterin bedingt.

Er erwähnt ferner einige ähnliche Beobachtungen (Major, Herringham-Andrewes, Rumpf), in denen Atrophie des Kleinhirns bestand, und kommt durch Vergleich der in diesen Fällen bei Lebzeiten gebotenen Erscheinungen und der microscopischen Befunde zu dem Schlussresultat, dass der atactische Gang durch eine Läsion in der inneren Körnerschicht der Cerebellarrinde bedingt sein mag. Buschan.

4. Therapie.

379) **Forbes Winslow:** Locomotor ataxy treated by phosphatic injections. (The Lancet, 18. Nov. 1893.)

W. beschreibt einen Fall von angeblich echter Tabes, der durch Injectionen von phosphorsaurem Natron längs der Wirbelsäule nach der in Belgien üblichen Methode vollständig geheilt sei. Die Besserung begann schon nach 25 Injectionen. Wichmann.

480) **M. Gröndahl:** Om elektrisk massage. (Norsk Magazin for Lægevidenskaben 1895, S. 276.)

Empfiehlt bei verschiedenen Nervenleiden (Neuralgien, Lähmungen) eine Combination von Electricität und Massage, welche in der Weise ausgeführt wird, dass der positive Pol eines Inductionsstromes centralwärts für das zu behandelnde Nervengebiet angebracht wird, während der Arzt

den negativen Pol in die eine Hand nimmt und mit der anderen die Massage (Streichungen und Knetung) ausführt.

Koch (Kopenhagen).

381) **Blondel**: Traitement des douleurs lancinants des tabétiques.
(Revue de thérap. 1895, Nr. 7.)

Eine besondere Methode der Rückenmarksstreckung empfiehlt B. gegen die lancinirenden Schmerzen der Tabiker. Er lässt den Kranken auf seinem Ruhebette die Oberschenkel möglichst stark gegen den Unterleib beugen, so dass die Kniee dem Kinn sich nähern, einen Gurt um den Nacken und unter die Kniee anlegen und diesen festziehen. Diese Lage muss von dem Patienten während 5 Minuten innegehalten werden, wobei es ihm erlaubt ist, mit Seiten- und Rückenlage abzuwechseln. Das einzige Unangenehme dieses Verfahrens besteht darin, dass die Athmung etwas erschwert ist, ein Uebelstand, der sich indessen dadurch vermindern lässt, dass man die Oberschenkel vor Anlegen des Gurtes etwas abduciren lässt. Vor der eigentlichen Rückenmarksstreckung durch Suspension verdient die von Blondel angegebene Methode den Vorzug der Ungefährlichkeit.

In einem Fall von Tabes mit besonders heftigen lancinirenden Schmerzen, gegen die Antipyrin, Phenacetin und Höllenstein erfolglos gegeben waren, sah Blondel nach 8tägiger Kur mittelst des von ihm angegebenen Verfahrens die Schmerzen schwinden; als diese nach einem Monat sich von Neuem einstellten, genügte eine 14tägige Extensionsbehandlung, um die Schmerzen für die Folge (nunmehr schon für 2 Jahre) vollständig zu bannen.

Buschan.

382) **Otto Lanz** (Bern): Zur Schilddrüsentherapie. Sind die Präparate der Schweins-Schilddrüse wirksam?
(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1895, Nr. 10, Mai 15.)

Durch eine Reihe von Versuchen über die Schweineschilddrüse an Thieren und Menschen fand L. folgendes:

Die Schilddrüse vom Schwein und ihre Präparate wirken in ganz derselben Weise, wie diejenige vom Schaf und Rind. Vergleichende Versuche mit Kalbs- und Schweinsdrüsen ergaben, dass sich verschiedene Thiere verschieden zu denselben verhalten: Hunde scheinen intensiver auf Kalbsschilddrüsen, Mäuse intensiver auf Schweinsdrüsen zu reagiren.

Wochenlange Fütterung von Katzen und Kaninchen mit 5 gr Schilddrüsenpulver pro die üben keinen deutlich schädlichen Einfluss auf die Thiere aus. Dagegen gehen Mäuse, denen Schilddrüse oder Präparate derselben verfüttert werden, nach 1—8 Tagen regelmässig unter Intoxicationserscheinungen zu Grunde. Die letale Dosis ist je nach den Präparaten ausserordentlich verschieden; Extracte wirken weniger deletär als die Totaldrüse. — Aber auch Kaninchen erliegen, wenn ihnen Schilddrüsensaft subcutan injicirt wird, bei einer Dosis von 5 ccm pro die im Durchschnitt nach 12—14 Tagen. Die ersten Zeichen der schädlichen Wirkung sind bedeutende Abmagerung und auffällige Vermehrung der Pulsfrequenz. Dabei lassen sich 2 Stadien beobachten, das der Aufregung und das spätere der Depression. Das gleiche Ergebniss zeigen die Versuche am Hunde.

Die subcutane Injection von Schilddrüsensaft bewirkt Atrophie der normalen Schilddrüse. Am 10.—12. Tage, nach Injection von 30—40 ccm, ist die Atrophie der Drüse beim Kaninchen und Hunde sehr auffällig.

Die Schilddrüsenpräparate haben eine cumulative Wirkung. Während vom Kaninchen eine einmalige Injection von 5 ccm ohne Erscheinungen vertragen wird, kann der Tod nach viertägigem Aussetzen der Injectionen erfolgen, mit welchen allmählich auf 5 ccm angestiegen wurde, ohne diese letztere Grenze jemals zu überschreiten.

Auf thyreoidectomirte Thiere wirkt die Schilddrüsensaft-Injection nicht deletär, sondern lebensverlängernd ein. Buschan.

---

383) **Feliciano Costanzo** (Triest): Sugli effetti della cura con glandola tiroide animale in un caso di acromegalia, nel mixedema e malattie affini. (Estr. dalla Rivista Veneta di scienze mediche. XXII, 1895, Venezia.)

Klassischer Fall von Acromegalie an einer 31jährigen Kranken aus nervös belasteter Familie: lange Nase, weiter Mund, dicke Lippen, vorspringender Unterkiefer, grosse Hände und Füsse, Scoliose, heftige Kopfschmerzen, sehr grosse Schwäche, Neuritis descendens nervi optic. sinistri, herabgesetzte Sehschärfe etc.)

Auf Grund der muthmasslichen Beziehungen zwischen Hypophysis und Schilddrüse wurde versuchsweise Thyreoidalextract verabreicht. Nach Ablauf der üblichen Reactionserscheinungen (Fieber, Exanthem im Gesicht, auf der Brust und an den Beinen; gesteigerte Diurese, Epistaxis) begann sich eine deutliche Besserung im Befinden der Kranken geltend zu machen, die sich in einem Nachlassen der Schmerzen und der Schwere des Kopfes, in einer Rückkehr des Appetits, in einem Wiederfinden der Muskelkraft der Beine, in einer Abnahme der Dicke der Finger und Zunahme ihrer Beweglichkeit, sowie in einem Nachlassen der Hautschwellung documentirte. Die Behandlung, die vom 3. November bis zum 23. Januar — mit Unterbrechung von 14 Tagen im December, wozu das Auftreten heftiger Vergiftungserscheinungen (Temperatur 39—40°, Puls 140 Schläge, unstillbares Erbrechen, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen) zwang — dauerte, bestand in der Darreichung von 3 Löffeln Kalbsschilddrüsenextract am Tage per os. Der Erfolg war ein recht zufriedenstellender. Die Kranke fühlte sich absolut wohl. Es liess sich objectiv auch eine deutliche Volumenabnahme der Extremitätenenden nachweisen, wie einige Maasse illustriren mögen:

	Vor der Behandlung	Nach der Behandlung
Rechte Hand. Daumendicke	7,5 cm	7 cm
Zeigefingerdicke: 1. Phalanx .	7,5 „	7 „
„ 2. „ .	7,5 „	5 „
„ 3. „ .	6,2 „	6 „
Mittelfingerdicke: 1. „ .	8 „	7 „
„ 2. „ .	7,5 „	6 „
„ 3. „ .	6 „	5,5 „
Linker Fuss. Umfang der 1. Zehe . . .	12,5 „	9,5 „
„ „ 2. „ . . .	7,5 „	6 „

		Vor der Behandlung	Nach der Behandlung
Linker Fuss.	Umfang der 3. Zehe . . .	7,5 cm	6 cm
	„ „ 4. „ . . .	8 „	6,5 „
	„ „ 5. „ . . .	7 „	6 „
	„ des linken Fusses .	26 „	24 „
Körpergewicht		67 kg	59 kg

Im Anschluss an die vorstehende Beobachtung giebt C. ein kurzes Resumé der Erfahrungen und Ansichten in der Physiologie und Pathologie der Thyreoidea und beschäftigt sich schliesslich eingehend mit der Schilddrüsentherapie bei Myxödem. Buschan.

384) **Dercum** u. **Keen**: Two cases of ingravescent cerebral hemorrhage treated bx ligation of the common carotid artery.
(Journ. of nerv. and ment. dis. 1894, Nr. 9.)

Die Verfasser haben in 2 Fällen von bedrohlicher Hirnhämorrhagie, in denen Blutung auf Blutung folgte und tödtlicher Ausgang zu befürchten stand, die Carotis communis unterbunden, und zwar veranlasste sie zu diesem Eingriffe das Thierexperiment Horsley's, demzufolge Unterbindung dieses Gefässes beim Affen von Einfluss auf Hämorrhagien in den Basalganglien und der Kapsel ist. In dem einen Falle liessen die bedrohlichen Erscheinungen sofort nach; die Lähmung, die bis dahin stetig Fortschritte gemacht hatte, blieb nicht nur augenblicklich stationär, sondern ging sogleich mehr und mehr zurück. — In dem zweiten Falle starb der Patient wenige Stunden nach der Operation, ohne dass eine Aenderung in seinem Befinden eingetreten wäre. Nach Ansicht der Verfasser scheint hier der operative Eingriff zu spät unternommen zu sein. Buschan.

385) **Groser** (Erlangen): Eine operativ behandelte Hirncyste. — Vortrag auf dem deutschen Chirurgencongress 20.IV. 1895.
(Berlin. klin. Wochenschr. 1895. Nr. 18.)

Die Hirncyste, welche eine Lähmung des ganzen rechten Arms herbeigeführt hatte, befand sich in der Gegend des rechten Armcentrums; dieselbe wurde durch Incision entleert und aus der glatten Wand ein Stückchen excidirt. 8 Tage nach der Operation trat die Lähmung wieder auf; die freigelegte Cyste zeigte aber keine auffallende Füllung. Nach 9 Wochen exitus letalis, nachdem Hirnprolaps aufgetreten war. — Die Section ergab noch eine zweite ganz ähnliche nur etwas grössere Cyste im rechten Stirnlappen, auf deren Grunde sich die Reste eines sarcomatösen Tumors (in viel Blut eingebettet) fanden; kleine Reste einer ähnlichen Geschwulst zeigte auch der Hirnprolaps. Hoppe.

386) **Jansen** (Berlin): Ueber Hirnchirurgie. — Vortrag auf dem deutschen Chirurgencongress 20.|III. 1895.
(Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 18.)

J. hat in der Ohrenklinik jährlich 40—50 Fälle von Sinusthrombose und extraduralem Hirnabscess zu behandeln, welche letztere im Gegensatz

zu den eigentlichen Hirnabscessen überwiegend in der hinteren Schädelgrube sitzen. Bei eintretendem Fieber handelt es sich gewöhnlich um tiefer liegende intracerebrale Abscesse. Von Sinusthrombose kommen jährlich 10—12 Fälle zur Behandlung. Von 24 Operirten sind 11 geheilt. Die Operation beschränkt sich auf den Sinus, der nach Incision und Entfernung des eitrigen Inhalts tamponirt wird, nur beim Fortschreiten des Processes nach dem Bulbus venæ jugul. wurde die Ven. jugul. int. unterbunden (hier sind bei 7 Operationen 2 Heilungen erfolgt). Hoppe.

---

387) **Leop. Laquer** (Frankfurt a. M.): Ueber Bromalin.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 1.)

Bromalin ist die kürzere Bezeichnung für Bromaethylformin, eine Verbindung von Brom mit dem antiseptischen Formaldehyd („Formol"), welche von Bardet zuerst dargestellt und beschrieben worden ist. Derselbe wandte es zuerst bei Nervosität und Hysterie an, wo es schon in schwachen Dosen eine Beruhigung herbeiführte. Nach Féré's Versuchen an Epileptikern hat es den Vorzug vor den anorganischen Bromsalzen, dass die furunculösen Hauteruptionen ausbleiben. L. hat diese Versuche an 7 Epileptikern (dies ist doch ein viel zu kleines Material, um daraus Schlüsse zu ziehen) nachgeprüft und das gleiche Resultat gefunden. 2 g Bromalin (Merck) entsprechen ungefähr 1 g Bromkali. Bromalin bildet farblose, in Wasser leicht lösliche Crystallblättchen, deren Lösung durchaus nicht den scharfen unangenehmen Geschmack der Bromsalze hat. Das Ausbleiben des Bromismus schiebt L. auf die Paralysirung des giftigen Broms durch das antiseptisch wirkenden Formaldehyd. Hoppe.

B. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie.

388) **Martin W. Barr** (Elwyn, Delaware County Pa): The influence of heredity on idioty.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 6, Juni.)

Die Idiotie scheint von allen Krankheiten diejenige zu sein, die am häufigsten ihre Ursache in der Heredität besitzt. Verf. weist diese Behauptung an einer Reihe statistischer Beobachtungen nach. So fand Shuttleworth, dass bei 28,31 % seiner Idioten Phthisis, bei 31,3 % erbliche Geisteskrankheit (16,47 % Geisteskrankheit, 4,69 % Imbecillität) und bei 20 % Neurosen in der Ascendenz nachweisbar waren, die Commission zur Erforschung der Idiotie im Staate Connecticut stellte fest, dass von 164 Idioten bei 10 die Eltern, bei 6 verschiedene Verwandte Idioten, bei 6 die Eltern, bei 8 Verwandte geisteskrank, bei 8 die Eltern oder Verwandten epileptisch, bei 2 blind, bei 1 der Vater melancholisch. bei 13 die Eltern secundär dement und bei 16 die Vorfahren geistig defect waren; Dahl fand, dass von 159 Idioten 80 = 50 % geisteskranke Verwandte und von 151 Geisteskranken 58 = 38 % Idioten oder Geisteskranke zu Verwandten hatten; Kerlin constatirte unter 100 Idioten Geisteskrankheit oder Schwachsinn der Verwandtschaft bei 28 %, verschiedene Nervenkrankheiten bei 67 %, Barr

unter 1044 Idioten Geisteskrankheit oder Imbecillität bei 397 = 38%, verschiedene Nervenkrankheiten bei 226 = 26% u. a. m.

Von 3 höchst characteristischen Fällen giebt B. die geneologischen Tafeln, die sich auf mehrere Generationen erstrecken.

Consanguinität hat man als Ursache der Idiotie gleichfalls anzuschuldigen gesucht. Indessen scheint ihr Einfluss ein nur unbedeutender zu sein, vorausgesetzt, dass keine Erblichkeit für Nervenkrankheiten bei den Erzeugern besteht. Ein Beispiel hierfür bieten die Juden, bei denen trotz Blutsverwandtschaft Idiotie eher die Ausnahme als die Regel bildet. Ein anderes die Bevölkerung von Batz (Britannien). Unter der 3300 Seelen zählenden Bevölkerung (im Jahre 1865) bestanden 5 Ehen unter Geschwisterkindern, 31 zwischen Verwandten zweiten und 10 solche zwischen Verwandten dritten Grades Die 23 Kinder der ersten Gruppe waren psychisch und physisch gesund, desgleichen die 120 Kinder der zweiten und die 29 Kinder der dritten Gruppe; Geisteskrankheit, Idiotie und Nervenkrankheit waren in dieser Gemeinde unbekannt.

Nur 7% der Idioten Kerlin's, 3,5% (von 1044 Idioten) derer Barr's stammten aus consanguinen Ehen.

Wie weit Intemperenz der Eltern auf die Entstehung der Idiotie von Einfluss ist, lässt sich aus dem geringen Beobachtungsmaterial noch nicht feststellen. Die Connecticut-Commission fand in 32,3%, Barr in 18,3% der Fälle Unenthaltsamkeit der Eltern. Buschan.

---

389) **M. Friedmann** (Mannheim): Zur Kenntniss und zum Verständniss milder und kurz verlaufender Wahnformen.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 10.)

Indem F. auf die in seinem Buche „Ueber den Wahn" dargestellte Lehre der überwerthigen Ideen hinweist, sucht er an einer Reihe von Fällen zu zeigen, dass es mildere Formen von Paranoia giebt, welche als ein Aufflackern aus relativ kleinen Anlässen bei subsistirender Veranlagung anzusehen sind. Typisch ist dies für die einfachen isolirt bleibenden fixen Ideen; zahlreiche Fälle verlaufen nach dem Schema eines unbegründeten Selbstmordimpulses, aber auch die Hypochondrie verläuft meist in wohl abgesetzten Perioden und Epochen. Auch für den milden und rückfälligen Verlauf der typischen Paranoia, den Beachtungswahn, führt F. aus seinem Buche einige Fälle an, welche zeigen, dass die Prognose des Beachtungswahnes und der fixen Ideen sich doch günstiger stellt, als im Allgemeinen angenommen wird.

Mit dem milden Verlauf sind noch andere Besonderheiten verknüpft: Suggestivwirkung bei Beginn, am Schluss häufig allmähliges Verklingen des Wahns, Entstehung auf disponirtem Boden durch relativ kleine Anlässe, relativ kurze Dauer mit Neigung zu Rückfällen.

F. unterwirft noch den Beachtungswahn, die krankhafte Eigenbeziehung, einer näheren Besprechung, welche er als den schematisch reinen Typus der äusseren Ideenassociation mit subjectivistischer Tendenz bezeichnet. Characteristisch ist die oft ganz unsinnige Verknüpfung, und dass ein Verstehen der Ideenassociation durchaus nicht erforderlich ist.

Um ihr Zustandekommen zu erklären, weist F. auf die Analogie der „Phobien“ hin, wo, wie jede Erregung, der Angsteffect zur Bevorzugung der äusseren Association führt, indem fernliegende Dinge mit der eigenen Person verknüpft werden. Während aber hier das äussere Object in Beziehung gesetzt wird zum Subject, das erste auf das zweite übertragen wird, wird umgekehrt beim Beachtungswahn „das Subject ins Object getragen.“

Es stellt sich dies nach F. dar als ein Rest primitiver und ausserordentlich mächtiger Denkgewohnheiten, wie sie die Psychologie der Naturvölker enthüllt (also als eine Art Rückschlag, Atavismus, Ref.). Der Naturmensch trägt seine Person in die kleinsten und erhabensten Erscheinungen der Aussenwelt, alle haben nur Beziehung zu ihm und sind nur für ihn da; die nahe Verwandtschaft dieser subjectivistischen Betrachtung mit dem Verfolgungswahn zeigt nach F. der Hexenwahn. Ein höherer Grad dieses Subjectivismus bildet den Boden des Beachtungswahns, welcher, wie die milden Fälle beweisen, hervortritt, schon wenn leichtere Erregungen die Ruhe des Urtheilens stören. Hoppe.

---

390) **A. v. Rothe:** Johann Wasilewitsch IV., genannt der Grausame. Eine psychiatrische Studie.

(Sep.-Abdr. aus „Jahrbücher für Psychiatrie“, XIII. Bd., H. 2 u. 3.)

Der Verfasser schildert auf Grund eingehender geschichtlicher Studien die Zustände, in welchen sich Russland zur Zeit des Regierungsantritts Johann Wasilewitsch IV. befand, der in den deutschen Geschichtswerken gewöhnlich als „Iwan der Schreckliche“ figurirt, und hieran anschliessend den Lebenslauf dieses Herrschers. Von den russischen Geschichtsforschern wurde bisher die Persönlichkeit Johann Wasilewitsch IV. in sehr abweichender Weise beurtheilt. Während die Einen denselben als Muster eines Regenten hinstellten, sahen die Anderen in ihm nur einen blutdürstigen Despoten, welcher Nero an Grausamkeit übertraf. R. gelangt zu der Anschauung, dass Johann weder den Namen des „Grausamen“, noch den eines Tyrannen verdient, soferne er das, was er that, nicht aus Lust und Liebe zum Grausamen verübte, sondern weil er geisteskrank war. Johann war nach R.'s Ansicht mit einer angeborenen nervösen Veranlagung behaftet, welche noch in der Kindheit in eine ausgesprochene Neurasthenia universalis überging. Letztere gestaltete sich in eine vollständige Psychose um und zwar eine primäre Verrücktheit, Paranoia idiopathica chronica, welche bis zu seinem Tode währte Die Argumente, auf welche der Autor seine Paranoiadiagnose stützt, müssen als völlig stringent bezeichnet werden. Dass aber die Paranoia allein, wie R annimmt, eine genügende Erklärung für die Handlungsweise Johann's, für alle die Scheusslichkeiten liefert, mit welchen dieser erste Selbstherrscher aller Reussen sein Volk und seine Angehörigen heimsuchte, können wir nicht zugeben. Allem Anschein nach handelte es sich bei Johann um eine Complication von Paranoia mit einem angeborenen*) moralischen Defecte (der moralischen angeborenen psycho-

*) Die Mutter Johann's, Helena, wird, wie v. R. berichtet, als grausame, blutdürstige und sittenlose Person geschildert, welche sich um die Erziehung ihres Sohnes nicht im Geringsten kümmerte. Seltsamerweise legt R. diesem Umstande in hereditärer Beziehung keine Bedeutung bei.

pathischen Degeneration Koch's), einem Defecte, der durch den höchst verderblichen Einfluss seiner Erzieher und Umgebung eine mächtige Weiterentwicklung erlangt hatte. Schon im Kindesalter vergnügte sich Johann mit brutalsten Thier- und Menschenquälereien; mit 13 Jahren veranlasste er den Mord eines ihm missliebigen Menschen, ohne eine Spur von Reue zu zeigen; in späteren Jahren hetzte er zu seinem Zeitvertreibe abgerichtete Bären auf unschuldige Menschen und unterbrach gelegentlich eine Mahlzeit um Eingekerkerte zu ermorden und dann die Mahlzeit mit fröhlichem Sinne und gutem Appetit wieder aufzunehmen. Seinen Lieblingssohn brachte er in einem Wuthanfalle um. In seinem Geschlechtsleben war er der Typus eines Blaubarts und bereits dem Tode nahe, versuchte er noch seine Schwiegertochter, die ihn zu trösten kam, geschlechtlich zu missbrauchen. Wenn wir diese Umstände berücksichtigen, so müssen wir davon absehen, die von Johann verübten Unmenschlichkeiten lediglich als Ausfluss des Verfolgungswahnes zu deuten, wie R. es versucht. Erst die unterliegende moralische Degeneration, auf welcher sich die Paranoia entwickelte, macht uns die Ungeheuerlichkeit in der Grausamkeit und Mordsucht verständlich, durch welche Johann selbst einen Nero überbot. Die interessant und mit grossem Fleisse geschriebene Arbeit v. Rothe's hätte unseres Erachtens durch Berücksichtigung der moralischen Anomalie in dem Geisteszustande Johann's entschieden an Werth gewonnen. L. Löwenfeld.

---

391) **Karl Rosner:** Shakespeare's Hamlet im Lichte der Neuropathologie. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für psychologische Forschung, München. (Berlin-Prag, Fischer's med. Buchhandlung. 1895.)

Von Goethe wurde im Wilhelm Meister das Hamletproblem characterisirt als „Eine grosse That auf eine Seele gelegt, die der That nicht gewachsen ist". Der Verfasser geht den Gründen für diese Unzulänglichkeit nach, indem er die Figur Hamlet's vom neuropathologischen Standpunkte einer eingehenden Betrachtung unterzieht. Er entdeckt hierbei eine grosse Reihe neuropathischer, im engeren Sinne hystero-neurasthenischer Symptome und Symptomencomplexe in deutlicher Zeichnung an der Person des Hamlet und hält es dessbalb für wahrscheinlich, „dass wir in Hamlet einen vom Dichter gewollt neuropathisch gezeichneten Character vor uns haben, dessen Unfähigkeit zur Handlung dann eben in seiner neuropathischen Depression und Asthenie zu suchen ist".

Bevor der Autor daran geht, im Einzelnen aus den Aeusserungen und dem Verhalten des Dänenprinzen dessen hysteroneurasthenischen Zustand zu erweisen, erörtert er die Frage, wie Shakespeare zu den für seine dichterische Zeichnung nothwendigen medicinischen Kenntnissen kommen mochte. Diese Frage erscheint um so berechtigter, als bei dem Stande der Medicin zu Shakespeare's Zeiten die medicinische Schulgelehrsamkeit nicht die Quelle der neuro- und psychopathologischen Kenntnisse bilden konnte, welche der Dichter besessen haben muss. Diese konnten, wie R. darlegt, nur auf artodidactischem Wege, durch Beobachtung Nervenkranker und Selbstbeobachtung erworben sein. Dass speciell letztere für die Gestaltung des Hamlet eine besondere Bedeutung erlangte, muss zum mindesten als sehr wahrscheinlich bezeichnet werden, wenn man berücksichtigt, dass Shakespeare

in Anbetracht seiner Lebensweise und seiner sexuellen Neigungen zu den Déséquilibrés zu zählen ist und kurz vor der Entstehung des Hamlet von mehreren schweren Schicksalsschlägen heimgesucht wurde, unter welchen auch der Tod seines Vaters figurirt. Bei der bestehenden Disposition mussten diese Vorfälle zerrüttend auf des Dichters Nervensystem einwirken, und es ist daher wohl möglich, dass manche Züge in dem Bilde Hamlet's eigenen Erfahrungen des Dichters entsprechen. Wie R. die Symptome der Neurasthenie und Hysterie bei Hamlet nachweist und er u. A. das Erscheinen Geistes von Hamlet's Vater interpretirt, können wir hier nicht mehr näher verfolgen; die betreffenden Ausführungen des Autors scheinen uns, wenn auch nicht in allen Einzelheiten, so doch in der Hauptsache völlig zutreffend. Nur die von R. eingehend besprochene Aetiologie des Hamlet'schen Leidens wollen wir hier noch kurz berühren, weil dieselbe zeigt, wie folgerichtig und naturwahr von dem grossen Realisten Shakespeare Hamlet's Bild gezeichnet wurde. Der unglückliche Dänenprinz ist erblich belastet; von seinen noch lebenden Verwandten sein Onkel ein vor keiner Schandthat zurückschreckender Verbrecher und daneben Potator, seine Mutter ein sehr sinnliches, leichtfertiges und beschränktes Weib. Die erbliche Belastung allein führt jedoch bei Hamlet nicht zum Ausbruche der Krankheit; sie bildet nur eine Disposition, auf Grund welcher der Tod des Vaters als Gelegenheitsursache des Leidens wirksam wird, und die folgenden in dem Drama geschilderten Ereignisse tragen zur stetigen Weiterentwicklung desselben bei.

Die verdienstliche Studie Rosner's wird jeder Arzt mit Interesse lesen.

L. Löwenfeld.

---

392) **W. v. Bechterew** (St. Petersburg): Die Hypnose und ihre Bedeutung. (Separatabdruck aus der „Therapeutischen Wochenschrift", Nr. 2 ff., 1895.)

In seiner Auffassung der Hypnose schliesst sich der Verfasser im Wesentlichen der Nancyer Schule an. Er betrachtet dieselbe lediglich als eine künstlich hervorgerufene Art des Schlafes, welche durch verschiedene Mittel, sowohl physische — einförmige äussere Reize —, als psychische — Suggestion — herbeigeführt werden kann. Wo es sich um Erzeugung der Hypnose zu Heilzwecken handelt, verdient nach seiner Ansicht die Suggestion wegen der Raschheit der Wirkung und der Bequemlichkeit der Anwendung unbedingt den Vorzug In therapeutischer Beziehung ist die Hypnose nach B. nicht als indifferentes Mittel anzusehen. „Bei vorsichtiger und sachgemässer Anwendung vermag sie aber nicht denjenigen Schaden zu verursachen, der von Vielen behauptet wird. In vielen Fällen aber ist ihr Nutzen ein unzweifelhafter und beträchtlicher".

Nach des Autors Erfahrungen übt die hypnotische Suggestion ganz entschieden einen günstigen Einfluss auf viele Nervenleiden aus, „welche nicht durch organische Läsionen bedingt sind, so z. B. hysterische Convulsionen, Paralysen und Contracturen, nervöse Anfälle, verschiedenartige Sensibilitätsstörungen (wie z. B Hyperästhesie, Parästhesie, Neuralgien), ferner die so häufig bei Neurosen beobachtete allgemeine Nervenerregbarkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Veränderungen der Herzthätigkeit und der Athmung, nervöses Asthma, Erbrechen, Enuresis nocturna, Anfälle von Somnambulismus, Appetit- und Schlaflosigkeit, Menstruationsstörungen etc."

Als Beispiele für diese Wirksamkeit werden eine Anzahl von Fällen mitgetheilt, unter welchen uns die wenigstens zeitweilige Beseitigung von krankhaften Trieben (Alcoholismus, Kleptomanie) und Zwangsvorstellungen besonders bemerkenswerth erscheint. B. erklärt sogar, dass die Hypnose bei Zwangsideen die besten Resultate erzielt.

L. Löwenfeld.

---

393) **Havelock Ellis:** Sexual Inversion in women (Conträre Sexualempfindung bei Frauen.)

(Reprint from the Alienist and Neurologist, St. Louis, April 1895.)

Unsere Kenntnisse bezüglich der conträren Sexualempfindung bei Frauen sind noch relativ gering, wobei der Umstand mitzuspielen scheint, dass diese Anomalie beim weiblichen Geschlechte wegen der zwischen den Angehörigen desselben häufig normaliter bestehenden grösseren Intimität schwerer zu entdecken ist. E. glaubt, dass leichtere Grade von Homosexualität bei Frauen häufiger, völlig entwickelte Fälle dagegen seltener als bei Männern vorkommen. Die Entwicklung der Homosexualität wird durch Beschäftigungen begünstigt, welche die Frauen miteinander in constante Berührung bringen ohne männliche Gesellschaft (weibliches Dienstpersonal in grösseren Hôtels etc.). Unter den mit Homosexualität behafteten Frauen sind zunächst diejenigen zu erwähnen, zu welchen das activ conträr empfindende weibliche Wesen sich vorzugsweise hingezogen fühlt. Von dem normalen Weibe unterscheiden sich dieselben vor Allem durch den Umstand, dass sie keinen Widerwillen gegen die liebhaberartigen Zärtlichkeiten von Personen des eigenen Geschlechts empfinden. Der Geschlechtstrieb ist bei ihnen selten deutlich ausgesprochen, aber sie sind von sehr weichem, gefühlvollem Naturell, dabei physisch nicht sehr robust und wohlentwickelt. Von dieser Species generis feminini unterscheidet sich das activ conträr empfindende Weib durch einen mehr minder deutlichen Zug von Masculinität, doch braucht dasselbe durchaus kein Mannweib zu sein. Frauen, welche Kleidung und Lebenweise von Männern annehmen, müssen desshalb nicht mit Homosexualität behaftet sein; dagegen zeigen die sexuell conträr empfindenden Frauen eine sehr ausgesprochene Neigung, wennmöglich Männerkleidung anzulegen. Die Muskeln sind bei dieser Gattung von Frauen zumeist straff, das subcutane Fettpolster weniger entwickelt; auch der Ton der Stimme ist oft verschieden und nach Flatau der Typus des Larynx mitunter männlich. Manche Beobachter sind der Meinung, dass die Homosexualität unter den Frauen im Zunehmen ist; die modernen Emancipationsbestrebungen der Frauenrechtlerinnen mögen die Entwicklung dieser Anomalie in gewissem Maasse begünstigen. Auffällig ist die Häufigkeit homosexueller Beziehungen bei Prostituirten. Bezüglich der Möglichkeit einer therapeutischen (suggestiven) Einwirkung auf die conträre Sexualempfindung äussert sich der Autor sehr skeptisch. Er hält für das Erstrebenswertheste in derartigen Fällen nicht die normale Liebe, sondern sexuelle Abstinenz. Die Behandlung gleichzeitig bestehender neurotischer Zustände kann von grossem und dauerndem Nutzen sein.

L. Löwenfeld.

---

394) **Townsend Porter:** Untersuchungen der Schulkinder in Bezug auf die physischen Grundlagen ihrer geistigen Entwicklung.

(Verhdl. d. Berl. anthrop. Gesellsch. 1893. Stzg. vom 13. Juli. Bd. XV, S. 337.)

V. hat mit Hülfe seines Assistenten 33,500 Knaben und Mädchen in den „Public Schools" von St. Louis gemessen und dabei die interessante Thatsache feststellen können, dass geistige Arbeitsleistung im Durchschnitt in directer Beziehung zur körperlichen Entwicklung steht. — Er ging hierbei von der gewiss nicht zu bestreitenden Annahme aus, dass diejenigen Schüler, die mehr leisten als in ihrem Alter geschieht und die in Folge dessen weiter in den Klassen vorgerückt sind, durchschnittlich geistig besser veranlagt sein müssen, als der „mittlere Schüler", und dass auf der anderen Seite diejenigen, die unter der mittleren geistigen Arbeitsleistung ihres Alters bleiben, im Durchschnitt eine geringere geistige Leistungsfähigkeit darbieten. Durch seine zahlreichen Messungen und die daraus resultirenden Tabellen lieferte er den Nachweis, dass die Schulkinder, die mehr als die durchschnittliche geistige Arbeitskraft besitzen, auch im Mittel von grösserem Gewicht, grösserer Körperlänge, Brustumfang und Breite des Kopfes sind und dass der verhältnissmässige Grad der körperlichen Entwicklung von geistig vorgeschrittenen oder zurückgebliebenen Kindern desselben Geschlechtes der gleiche in allen Altersstufen vom 7. bis zum 17. Lebensjahre ist. Buschan.

---

395) **Bonfigli:** Dei fattori sociali della pazzia in rapporto con l'educazione infantile.

(Rom 1894.)

Das Thema behandelt im Wesentlichen das Problem der Erziehung des psychopathisch Disponirten: Die möglichste Einschränkung des exogenen Factors beim Ausbruch von Psychosen und Neurosen. Ausser einer streng durchgeführten allgemeinen Hygiene empfiehlt der Verfasser in der Hauptsache eine sorgfältige Beachtung und Regulirung der einzelnen Sinnesfunctionen, Beschränkung der sinnlichen Genüsse, Abhärtung, möglichste Stärkung der Willenskraft, Beförderung der Aufmerksamkeit, der Reflexion und des Gehorsams, welcher durch geeignete Vereinigung von Güte und Strenge anzustreben sei. Ferner müsse man den Regungen des Zornes und der Furcht, der Habgier, der Eifersucht und übermässigen Neugier entgegentreten; Freude am Guten, Höflichkeit, Liebenswürdigkeit und Schamgefühl seien einzuprägen und besonders hier das Beispiel als erziehliches Moment zu cultiviren. Als Correctiv solle man sich nie des Auslachens bedienen. Die Kritik gegenüber der unvermittelten Aufnahme von Suggestionen sei zu erwecken, die Entwicklung der Eigenliebe zu beschränken und besonders die Eitelkeit möglichst zu bekämpfen.

Zu diesen Vorschlägen ist zu bemerken, dass sich die Principien eines solchen Erziehungsplans doch wohl von selbst verstehen und zwar nicht bloss für Neuropathen, und zweitens, dass man im Einzelnen damit in praxi niemals ganz auskommt. So ist es doch z. B. recht schwer, Kritik gegen Suggestion von aussen anzuerziehen, ohne damit den Erfolg der eigenen Erziehungssuggestion in Frage zu stellen. Die Hauptschwierigkeit bei der Erziehung der Neuropathen liegt meistens auch gar nicht in der Erzielung

bestimmter für ihn und die Mitmenschen vortheilhaften Eigenschaften (welche von ihm sogar oft besser aufgenommen werden, als beim Normalen) und in der Kräftigung besonderer Fähigkeiten, sondern in der ungleichmässigen Verarbeitung und verschobenen Dignität der Vorstellungen und in dem beständigen Wechsel in der Intensität der psychischen Thätigkeiten, in dem fortwährenden Zuviel- und Zuwenigthun. Bonfigli scheint zu glauben, dass manche psychische Functionen beim Hereditarier einfach fehlen oder absolut geringer ausgebildet sind. Diese Ansicht ist natürlich mit der Psychomechanik nicht vereinbar. Die Sache verhält sich vielmehr so, dass dem anscheinenden Defect in der betreffenden Sphäre auf der einen Seite ein entsprechender abnormer Kraftüberschuss in einer ganz anderen, vielleicht latenten Richtung (so z. B. im Willensgebiete auch rein repressiver Art in Gestalt von Hemmungen) gegenübersteht. Ein feines Individualisiren und jedesmalige Berücksichtigung des jeweiligen Gehirnzustandes im Augenblicke erzieherischer Massnahmen ist hier das absolute Erforderniss von Seiten einer verständigen Pädagogik.

Bonfigli dehnt den Begriff der exogenen Krankheiten des Nervensystems etwas sehr weit aus. So nimmt er z. B. an, dass gewisse Formen von Paranoia durch Vorstellungen ausgelöst werden können, während wir in dieser Psychose eine rein endogene Erscheinung zu betrachten gewohnt sind. Diese Auffassungsweise erklärt auch einige, sonst für uns unverständliche Behauptungen, so z. B. dass das Auftreten von Gesichtshallucinationen durch unrichtige Hygiene des Sehorgans befördert und durch Verwöhnung des Geschmackssinnes der Alcoholismus begünstigt werde.

Jentsch.

---

396) **Ottolenghi:** La sensibilità del sordomuto.

(Siena 1895.)

Ueber das Seelenleben und die Intelligenz der Taubstummen haben sich viele Beobachter in sehr ungünstigem Sinne geäussert. Oft wurde er als Degenerirter, als unbrauchbarer und unselbstständiger Defectmensch, als Imbeciller, als sinnenstumpf geschildert. Ottolenghi's Schrift wendet sich sehr energisch gegen diese Auffassung: Die Taubstummenpsyche sei viel reicher und höher entwickelt, die Intelligenz weit grösser, als es gewöhnlich aussehe. Verfasser versucht auf dem Wege der Sensibilitätsprüfung in die psychischen Vorgänge der Behafteten einzudringen. Wie ein reicher Vorrath von Vorstellungen und Begriffen nur dort vorhanden sein kann, wo die Beschaffenheit dor Sinnesorgane eine exacte Uebertragung bewerkstelligt, so ist die feine Sensibilität das hervorstechende Merkmal eines gut ausgebildeten Intellects. Es ergab sich nun das Resultat, dass sowohl Schmerz- als Berührungssensibilität der Taubstummen theils normal, theils nur sehr wenig herabgesetzt waren. Ebenso erwies sich das Gesichtsfeld nur selten eingeengt. Die Reaction der Taubstummen bei diesen Untersuchungen war ebenso prompt als die Normaler. Stumpfheit der Sensibilität, wie sie bei Epileptikern, Idioten und Verbrechern gefunden wird, bildet eine Ausnahme. Ottolenghi behauptet, dass sich das Seelenleben des Taubstummen überhaupt nicht wesentlich von dem eines Menschen mit intacten Sinnen unterscheide,

da er im Stande sei, den Gehörsdefect sehr ausgiebig, besonders durch das Gesicht zu compensiren, falls er die nothwendige Erziehung genossen habe, Er schlägt desshalb vor, man möge die bürgerliche und strafrechtliche Stellung der Taubstummen von diesem Gesichtspunkte aus ändern. Dass die gegenwärtigen gesetzlichen Bestimmungen den Gebildeten und Intelligenteren unter den Betroffenen als grosse Härte erscheinen mögen, muss zugegeben werden. Jentsch.

---

397) **Andrea Christiani** (Lucca): Le stimmate degenerative nella demenza paralitica (paralisi generale progressiva).

(Il Manicomio moderno X, 1894, Nr. 3, S. 372.)

Nach der von den meisten Autoren heutigen Tags vertretenen Auffassung gilt die progressive Paralyse der Irren für eine Krankheit, die sich auf einer erblichen nervösen Disposition durch bestimmte Gelegenheitsursachen toxischer Natur, vor Allem durch Syphilis veranlasst, aufbaut.

Ch. sucht für den ersten Theil der vorstehenen Behauptung, für die hereditäre Degeneration dieser Kranken, in der Häufigkeit der Degenerationszeichen bei ihnen den Nachweis zu liefern. Zu diesem Zwecke stellt er die an Paralytikern beobachteten Stigmata zu den an Kranken mit degenerativen Geisteszuständen (Idioten, Epileptiker) gefundenen in Parallele.

	Paralytiker %	Degenerirte Geisteskr. %
Deutliche hervortretende protub. occip. ext.	25,75	75
Plagiocephalie	18,25	35,20
Occipitale Plagiocephalie	75	62,50
Parietale	37,50	40,25
Deutliche, vorspringende Scheitelhöcker	12,50	75
Fliehende Stirn	8,50	25
Deutliche, vorspringende Stirnhöcker	19,50	75
Stenocrotaphie	14,75	—
Weite, vorspringende Stirnhöhlen	12,50	50
Deutliche, vorspringende Arcus supraorbit.	16,75	50
„ „ „ supraciliar.	12,50	50
Vereinigte „ „	12,50	50
Ohren mit volumin. Pavillon (ad ansa)	21,25	25
„ ohne Windungen, flach	10,13	12,15
„ „ Läppchen, sesshaft	12,25	50
Fronto-faciale Asymmetrie	75	75
Nase gross	21,25	50
„ abweichend	12,50	50
„ mit verdickter Spitze	12,50	25
„ stumpf	11,31	50
Grosse, vorspringende Jochbögen	10,75	50
Unterkiefer voluminös, an den Winkeln verbreitert	6,25	25

	Paralytiker %	Degenerirte Geisteskr. %
Apophysis lemurina	1,25	3,12
Mentum quadratum	3,25	25
Zähne irregulär in Form, Volumen, Richtung etc.	38,25	75
Harter Gaumen vorn schmal, gewölbter	6,50	75
Hand kurz, schmal, klein, dick	38,25	75
„ mit kurzen, dicken Fingern	32,12	75
Penis klöppelförmig (pene a battaglio)	6,50	25
„ lang, dick, voluminös	1,25	—
Anomalien des Haarsystems	89	75
Höchste Anzahl der angetroffenen Stigmata	19	22
Niedrigste „ „ „ „	5	13
Vereinigung von 5—8 Stigmata (in welcher Anzahl man sie nicht bei Degenerirten antrifft) an einem Individuum	18,75	—
Vereinigung von 9—12 Stigmata (in welcher Anzahl man sie nicht bei Degenerirten antrifft) an einem Individuum	31,25	—
Vereinigung von 13—19 Stigmata	50	75
Vereinigung von 19—22 Stigmata (in welcher Anzahl man sie nicht bei Paralytikern antrifft)		25
Höchste Anzahl beim männlichen Geschlecht	19	—
Niedrigste „ „ „ „	7	—
Höchste „ „ weiblichen „	10	—
Niedrigste „ „ „ „	5	—

Psychische Degenerationszeichen will Christiani bei 12,50 % seiner paralytischen Kranken herausgefunden haben. Er erwähnt schliesslich noch, dass hinsichtlich der Ascendenz seiner Klientel vorhanden waren
bei 44,68 % congestive (apoplectisch-convulsive) Zustände,
„ 55,31 % gewöhnliche neuro-psychopathische oder criminelle Zustände,
„ 17,02 % Alcoholismus der Vorfahren.

Buschan.

---

398) **Hüpeden**: Bemerkungen zu v. Krafft-Ebing's „Der Conträrsexuale vor dem Strafrichter".

(Gerichtssaal, Bd. 51.)

Verfasser bekämpft in seiner sehr beachtenswerthen Arbeit die Anschauung v. Krafft-Ebing's, dass die Contrasexualität in den meisten Fällen angeboren, daher als Krankheit zu betrachten und nicht zu bestrafen sei. Auch die Entscheidung des Reichsgerichts vom 15. Mai 1882, nach welcher Onanie zwischen Männern nicht unter den § 175 fällt, wird missbilligt. Die entwickelten Ansichten werden in folgende Sätze zusammengefasst:

1. Es ist durch die Statistik nicht erwiesen und aus wissenschaftlichen Gründen zu bestreiten, dass die angeborene Contrasexualität Hauptursache der Päderastie ist. Vielmehr ist diese in socialen Verhältnissen zu finden. Von Ausnahmefällen abgesehen ist die Päderastie als Laster zu betrachten. 2. Die angeborene Contrasexualität begründet an sich keine Straflosigkeit; diese tritt nur ein bei zugleich bestehender Aufhebung der freien Willensbestimmung. 3. Es war ein Fehler der Auffassung, welcher die mutuelle Onanie vom § 175 ausnehmen liess. 4. Es ist dringend wünschenswerth, in § 176³ für Verleitung zur Unzucht zwischen Männern den Termin von 14 auf 21 Jahren zu verlegen.

Otto Snell.

---

399) **Christian Simpson:** Acute mania in a case of pelvic cellulitis.
(Journ. of men al science 1895, Juli, S. 491.)

Bei einer 33jährigen Frau entwickelte sich gleichzeitig mit einer beginnenden eitrigen Beckenbindegewebsentzündung eine acute Manie, die indessen unter sachgemäser Behandlung des Grundleidens bereits nach 14 Tagen wieder abklang.

Buschan.

---

400) **Vincent Blackford** (Bristol City Asylum): Notes on a case of ataxic insanity.
(Journ. of mental science 1895, Juli, S. 486)

44jähriger Mann (Lues vorausgegangen) bietet bei der Aufnahme das Bild einer typischen Tabes (fehlende Patellarreflexe, gleiche, aber auf Lichteinfall nicht reagirende Pupillen, atactischer Gang, Romberg, Gefühl von Taubheit im Fuss), zeigt sich gleichzeitig deprimirt und äussert allerlei Wahnideen und Gesichtshallucinationen. Schon bald nach der Aufnahme stellten sich linksseitige Krämpfe ein, die mit Bewusstseinsverlust einhergingen und sich seitdem häufig (in 16 Tagen 269 Anfälle) wiederholten. 2 Monate nach der Aufnahme Tod.

Die Obduction des Gehirns ergab: Ein grosser Theil der oberflächlichen Rindenschicht erschien geschwunden; wo sie sich noch erhalten hatte, da waren zahlreiche colloide Körper und auch eine grosse Anzahl Spinnenzellen — erstere nur auf die oberflächliche Schicht beschränkt, letztere in allen Schichten vertreten — vorhanden. Einige der motorischen Zellen waren sehr matt gefärbt und enthielten grosse Mengen Pigment. — Die Gefässe der Rinde schienen nicht an Zahl vermehrt und die Menge der perivasculären Nuclei nicht sonderlich im Uebermaasse vorhanden.

Einen zweiten Fall, der ähnlich verlief (Tabes mit Geisteskrankheit) erwähnt der Verfasser nur kurz.

Verfasser legt sich sodann die Frage vor, ob es sich in dem oben ausführlicher besprochenen Falle um allgemeine Paralyse mit tabischen Symptomen oder um Tabes mit psychischen Störungen gehandelt hat. Er führt aus, dass beide Annahmen Berechtigung verdienen, schliesst sich aber keiner derselben mit Bestimmtheit an.

Buschan.

V. Zur Tagesgeschichte.

Dem Mitte September erscheinenden definitiven Programm der am 4. und 5. October in Prag stattfindenden Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien entnehmen wir als vorläufig angekündigt folgende Vorträge und Demonstrationen:

Chiari: Demonstration von a) Kleinhirnveränderungen in Folge von Hydrocephalus des Grosshirns; b) Tuberculose des Centralnervensystems; c) zur Genese der Meningitis basilaris.

Fischel: Demonstration von Präparaten über Einwirkung des Silbernitrats auf die Elemente des Nervensystems.

Herrenbeyser: Ueber exper. Embolie der Gefässe der inneren Augenhäute (mit Demonstr.).

v. Krafft-Ebing: Ueber Migräne und acute Geistesstörung.

Kurella: Ueber die Bedeutung der socialen Auslese für die Entstehung abnormer Typen.

S. Mayer: Demonstration.

Münzer: Beitrag zum Aufbau des Centralnervensystems (mit Domonstr.).

A. Pick: Ueber spinale Degenerationen nach Hirnaffectionen (mit Demonstr.).

Fr. Pick: Ueber complicirte Tabes (mit Demonstr.).

Pribram: Ueber familiäre Seitenstrangsclerose (mit Demonstr.).

Rabl: Demonstration zur Entwicklungsgeschichte des Centralnervensystems.

Redlich: Zur Pathologie der multiplen Sclerose (mit Demonstr.).

Singer: Ueber experimentelle Embolie am Centralnervensystem mit Demonstration).

Die Versammlung betreffende Mittheilungen oder Anfragen werden erbeten an Prof. Arnold Pick in Prag. S

Inhalt des August-September-Hefts.

I. Originalien.

II. Original-Vereins-Bericht.

III. Bibliographie.

VI. Referate u. Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Anatomie und Physiologie.

Nr. 334) Pellizzi: Modificazioni ai metodi di Golgi per lo studio di alcune particolarità della guaina midollare delle fibre nervose periferiche.

2. Allgemeine Pathologie u. pathol. Anatomie..

Nr. 335) Freud: Ueber die Bernhard'sche Sensibilitätsstörung am Oberschenkel.

Nr. 336) v. Bechterew: Ueber die Blutcirculation im Grosshirn während der Aufälle von experimenteller Epilepsie,

Nr. 337) v. Bechterew: Untersuchungen über die Genesis der epileptischen Anfälle.

Nr. 338) Mendel: Ueber den Schwindel.

Nr. 339) Heidenheim: Zur schweren Form des Singultus.

Nr. 340) Ewald: Vorstellung einer Patientin mit Hemiathetose auf syphilitischer Basis.

Nr. 341) Massalongo u. Bonatelli Un caso die emiplegia pneumonica.

Nr. 322) Kaiser: Ueber eine halbseitige vasomotorische Störung cerebralen Ursprunges.

Nr. 343) Marie: Sur un cas d'hyperglobulie chez un malade atteint de cyanose tardive, par malformation cardiaque congénitale.

Nr. 344) Riesmann: Merycismus or rumination, with a report of two sases.

Nr. 345) Pöhl: Einwirkung des Spermin auf den Stoffumsatz bei Autointoxicationen im Allgemeinen und bei harnsaurer Diathese im Speciellen.

Nr. 346) Hertel; Beziehungen der Akromegalie zu Augenerkrankungen.

Nr. 347) Marinesco: Un cas d'acromégalie avec hemianopsie bitemporale et diabète sucré.

Nr. 348) Wynne: The morbid anatomy of epilepsy.

Nr. 349) v. Lenova: Zur pathologischen Entwicklung des Centralnervensystems.

3. Specielle Pathologie.

a) Perciphere Nerven.

Nr. 350) Mann: Beitrag zur Symptomatologie der peripheren Facialislähmung.

Nr. 351) Oppenheim: Zur Diagnostik der Facialislähmung.

Nr. 352) Hübschmann: Ueber Recidive und Diplegie bei der sogenannten rheumatischen Facialislähmung.

Nr. 353) Ilberg: Ueber Lähmung des XI. Gehirnnerven bei Tabes dorsalis.

Nr. 354) Scheinmann: Lähmung der rechten Gaumenhälfte mit linksseitigen Krämpfen der Schluck- und Kehlkopfmuskulatur.

Nr. 355) Bourges: Paralysie consécutive à une angine pseud -membraneuse reconnue comme non diphthérique à l'examen bactériologique.

Nr. 356) Weber: Erhaltene Beugefähigkeit im Humero-Ulnargelenk bei vollständiger Erb'scher Plexuslähmung.

Nr. 357) Stanley: A case of digiti mortui of four and a half years' duration.

Nr. 358) Hoffmann: Muskelwogen in einem Falle von chronischer doppelseitiger Ischias.

Nr. 359) Hansemann: Ueber trophische Störungen nach Continuitätstrennung des Nervus ischiadicus.

b) Neurosen.

Nr. 360) Macalestic: The nervous symptsms of patients suffering from chronic urethritis.

Nr. 361) Hinde: A contribution to the study of the location and physiology of the visual cerebral centre.

Nr. 362) Möbius: Ueber die gegenwärtige Auffassung der Hysterie.

Nr. 363) Massalongo und Farinati: Isterismo viscerale.

Nr. 364) Diller: A case exhibiting symptoms of facial hemiatrophy and Jacksonian sensory epilepsy.

Nr. 365) Theilhaber: Die Beziehungen der Basedow'schen Krankheit zu den Veränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

Nr. 366) Chauffard: Acromégalie fruste avec macroglossie.

Nr. 367) Heymann: Ueber das Stottern.

Nr. 368) Jackson: Neurological Fragments.

Nr. 369) Hammond: Alcohol in neurasthenia.

Nr 370) De la Tourette: Sur l'intoxication chronique par le café.

Nr. 371) Wyss: Zur Casuistik der Sulfonalvergiftung.

Nr. 372) Janowski: Ein Fall von Bleivergiftung mit ausserordentlich seltenen Symptomen.

c) Gehirn.

Nr. 373) Elschnig: Ueber die pathologische Anatomie und Pathogenese der sogenannten Stauungspapille

Nr. 374) Ewald: Beitrag zur Casuistik der Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute nach Trauma.

Nr. 375) Monrad: Aphasie bei Linkshändigen.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVIII. Jahrgang. 1895 October. Neue Folge VI. Bd.

I. Originalien.

1.

Ueber die durch Druck auf den Augapfel hervorgerufenen Visionen.

Von Dr. Alzheimer (Arzt der städt. Heilanstalt zu Frankfurt a. M.)

In einem Aufsatze „Ueber die Delirien der Alcoholisten und über künstlich bei ihnen hervorgerufene Visionen“ (27. Bd. der Arch. f. Psych.) hat Liepmann Versuche beschrieben, Sinnestäuschungen bei Deliranten durch Druck auf die Augäpfel künstlich hervorgerufen. Die Versuche Liepmann's verdienen eine Beachtung zunächst darum, weil sie uns in einem sehr einfachen Experimente den Zusammenhang eines peripheren Reizes mit dem Auftreten von Visionen vor Augen führen, dann aber auch, weil sie, wie es mir wenigstens scheint, für manche Fälle als eine Methode der klinischen Untersuchung nützliche Verwerthung finden können.

Die ersten Versuche, die ich zur Nachprüfung der Liepmann'schen Angaben angestellt habe, haben aber gezeigt, dass seine Ergebnisse und Schlussfolgerungen mehrfach Zusätze und Einschränkungen nöthig haben.

Liepmann scheint der Meinung, dass die Druckvisionen für das Delirium der Alcoholisten specifisch seien und sich für die Differentialdiagnose verwerthen liessen. Nun lässt sich aber leicht zeigen, dass dieselben Druckvisionen, wie sie Liepmann für das Delirium beschreibt, bei der Verrücktheit, bei epileptischen, hysterischen Psychosen und bei der Paralyse hervorgerufen werden können. Einige kurze Beispiele sollen dies darthun.

1. N. G., Colporteur, 44 Jahre alt, leidet an chronischer Verrücktheit, hat massenhafte Gehörstäuschungen, hört immerwährend rufen „er ists, er ists“, was ihn auf der einen Seite zu häufigen Versicherungen, dass er nichts verübt habe, auf der anderen Seite zu Zweifeln, ob ihm nicht seine

Abstammung geheim gehalten werde, veranlasst. An seinem Körper wird immer herumgemacht, wenn er auf dem Closet sitzt, kommt es ihm vor, als ob man in seine Genitalien etwas hineinmache. Er fühlt, dass sie so schwer geworden sind, dass sie ihn ganz zu Boden ziehen. In den Wolken sieht er öfter „Zeichen“, eine Hand, Ketten, einen Thron, gestern ist ein Flug Vögel über den Garten geflogen mit Menschenköpfen, er glaubt, es waren Adler, jedenfalls grösser wie Raben, sie riefen gleichfalls „er ists, er ists“, heute Morgen sah er eine Feuerkugel, die sich gerade über ihm theilte und als Sternregen über den Garten fiel. Er befindet sich jetzt 6 Monate in der Anstalt.

15. 7. Seitlicher Druck auf die Augäpfel. Was sehen Sie? Tausend Funken, jetzt fliessen sie zusammen, eine Feuerkugel, jetzt ganz hell eine, Strasse, eben ist, der Dippel (sein Hauptverfolger) rumgegangen, ich hab ihn noch gerad gesehen, er hat mir die Zunge gezeigt wie gestern, viele Menschen.

Wo sind diese? Auf derselben Strasse, sie haben Gewehre, einer hat ein Messer, sie laufen, sie werden ihn schon kriegen (mit grossem Affect).

(Bei geöffneten Augen ohne Druck.) Nun was war das? Das war wie wirklich.

Wo ist denn die Strasse? Ja, das weiss ich nicht, es war am Liebfrauenberg.

Nun, waren Sie jetzt am Liebfrauenberg? Sie haben etwas gemacht, dass ich dorthin sehen konnte.

2. M. O., Mädchen von 28 Jahren, leidet seit 20 Jahren an epileptischen Anfällen, befindet sich seit 2 Monaten in einem Zustand von Verwirrtheit, die Tage vorher sah sie Thiere, Hunde, Katzen. Bei der Visite am 3. VI. springt sie im Saal umher, schreit auf, tritt um sich, als ob sie etwas zertreten wollte, giebt auf Befragen an, dass Frösche am Boden herumhüpften.

Seitlicher Druck auf die Augäpfel. Was sehen Sie? Linien, helle und dunkle, eine Strasse, darauf sitzt ein Kind, das ist merkwürdig.

Warum? Dem kommt es wie ein Bach zum Mund heraus, wie Blut, das fliesst die Strasse herunter, da schwimmen lauter kleine Kinder drin.

Zweiter Versuch (kurz darauf). Linien, ein Durcheinander, es sind Katzen, ein ganzer Knäuel.

Sind es nicht Hunde? (Lacht.) Hunde haben keine solchen Schwänze.

Schauen Sie genau, sehen Sie nicht auch Frösche? Nein, jetzt sind alle fort, es ist eine Wiese, ein Baum, da ist noch eine Katze, die hat einen Kopf wie ein Kind, die frisst (lacht laut).

Was denn? Ich seh nichts mehr.

Was hat sie gefressen? Ein Vogelnest.

Was ist da so lächerlich? Die Vögel haben Menschenköpfe.

(Nachher.) Was war das? Das habe ich gesehen.

Ihre Augen waren aber doch zu? Ich habe durchsehen können.

War das wirklich, was Sie sahen? Ja.

3. W. Sch., Techniker, 27 Jahre alt, leidet seit 6 Jahren an häufigen epileptischen Anfällen, seitdem mit kurzen Unterbrechungen in der Anstalt, ist bereits stark verblödet. Vor 4 Jahren heftigere Erregungszustände mit

Gehörs-, Gesichts- und Gefühlstäuschungen, jetzt vor und nach den Anfällen sehr reizbar, leugnet in glaubhafter Weise zu hallucuiniren.

Beklagt sich bei der Visite am 5. VI., sehr erregt über Belästigungen durch andere Patienten, lässt sich nicht beruhigen, drängt immer hinter dem Arzt her; durch die Beobachtung weiss man, dass ein Anfall bevorsteht.

Druck auf die Augäpfel. Was sehen Sie? Nichts, eine Sonne, Sterne, ein Haus, es brennt, oben schaut ein Kerl wie ein Teufel heraus, einen Feuerregen, ein Tuch voll Blutflecken. Behauptet, es wirklich gesehen zu haben, der Arzt hätte es ihm ins Auge gelegt. Nach einer halben Stunde ein Anfall. Weiss am nächsten Tage noch ganz genau die Visionen zu erzählen. Bei wiederholten neuen Versuchen nur die gewöhnlichen Druckbilder.

4. Frau K., 31 Jahre alt, leidet an einer hysterischen Psychose, hört Stimmen und hat periodisch auch lebhafte Gesichtstäuschungen.

Druck auf die Augäpfel. Was sehen Sie? Kopf, Todtenkopf, Büste, Sterne, Spinne mit vielen Füssen, Figur, Figur aus Ringen, roth, grün, blau, gelb, in der Mitte einen Stern, Frosch, einen Vogel mit schönem Gefieder, wie ein Pfau, ein Tapetenmuster, gelbe und blaue Sterne, einen Baum, grau, braun, grün, gelb, blau, ein Hampelmann sitzt darauf. Verschiedene Figuren in einander, ein Wappen, einen Stern.

Eine andere an einer hysterischen Psychose mit spontanen Gesichtshallucinationen leidende Kranke sah auch ganz in der Weise, wie es Liepmann für die Deliranten angegeben, Schriften mit grossen Buchstaben.

5. H. Th., Buchhalter, 31 Jahre alt, leidet an Paralyse, hat spontan Gehörs- und Gesichtstäuschungen. Erzählt am 22. VII., dass er Reichskanzler sei, 100 Millionen jedem Deutschen auszahlen lasse, der Kaiser sei mit den Gardehusaren am Hause vorbeigeritten und alles hätte ihm „Hurrah, Hurrah“ zugerufen. In den Garten will er nicht gehen, weil dort gestern 2 Franzosen in rothen Hosen aus der Kegelbahn mit rauch- und knalllosem Pulver auf ihn geschossen hätten. Nach Angabe des Pflegers soll er plötzlich sehr ängstlich geworden sein und während er sonst sehr ruhig war, mit grosser Heftigkeit aus dem Garten verlangt haben. Aehnliche Hallucinationen giebt er noch mehrfach an.

Druck auf die Augäpfel: Sterne, Orden, Mitrailleusen, hinten Pferde drangespannt, Franzosen, Soldaten mit Fahnen, alles ist roth, ein grosser Busch, da hocken Franzosen drin. (Macht nun heftige Abwehrbewegungen und lässt den Versuch nicht weiter fortsetzen.) Aehnliche Beispiele könnte ich noch eine ganze Reihe anführen. Es genügen aber diese schon, um zu beweisen, dass die Druckvisionen nichts für das Delirium alcoholicum specifisches sind. Alcoholmissbrauch hatte nur in den ersten der angeführten Fälle eine Rolle gespielt. Eigenthümlich scheint den meisten Fällen, in welchen wir Druckvisionen hervorrufen konnten, dass auch spontan Gesichtstäuschungen vorhanden waren, wenn auch nicht gerade zur Zeit des Versuchs, so doch nicht sehr lange vor oder nachher, oder wenigstens ein psychischer Zustand vorlag, bei welchem erfahrungsgemäss oft Visionen spontan auftreten (z. B. epileptische Aura).

Dagegen, dass die Druckvisionen überhaupt ihre Entstehung lediglich einer Suggestionswirkung verdanken, spricht der Umstand, dass sie bei sehr

zahlreichen Versuchen an anderen Kranken, die sicher nicht weniger suggestionsfähig als die erwähnten waren, sich auch unter Zuhilfenahme von allerlei suggestiven Fragen nicht hervorrufen liessen. Ob sie bei allen an spontanen Gesichtstäuschungen Leidenden zu finden sind, wage ich nicht zu behaupten, denn auch in grösseren Anstalten ist die Zahl der Patienten, bei welchen Hallucinationen des Gesichts auftreten, eine verhältnissmässig geringe und so mangelt auch mir ein hinreichend grosses Beobachtungsmaterial.

Was nun die Beschaffenheit der Visionen selbst anbelangt, so scheinen nicht immer, aber in der überwiegenden Mehrzahl der Beobachtungen Beziehungen zwischen den spontanen Hallucinationen und dem auf Druck wahrgenommenen vorzuliegen (vergleiche die Angaben des angeführten Paranoikers, des epileptischen und paralytischen Kranken). Verhältnissmässig unbestimmt und zusammenhangslos waren die Druckvisionen der hysterischen Kranken, ebenso wie ihre spontanen, es wurden dabei auch immer wieder zwischen einzelnen phantastischen Visionen Dinge angegeben, die an die normalen Druckbilder erinnern (Ringe, Sterne, wechselnde Farbe), die bei anderen Kranken in der Regel nur zu Beginn des Versuchs beobachtet werden. Die Druckvisionen unseres Epileptikers in der Aura erinnern ganz ausserordentlich an die gewöhnlichsten spontanen Visionen des Epileptikers und bei dem angeführten Paranoiker und Paralytischen ist der Inhalt der Visionen den vorher beobachteten spontanen ausserordentlich ähnlich. Davon, dass von einem einfachen Weiterhalluciniren nicht die Rede sein kann, kann man sich leicht überzeugen. Es scheint also nach all diesem, dass die Form der Psychose einen grossen Einfluss auf den Inhalt der Visionen hat. Verhältnissmässig recht häufig aber werden auch bei den verschiedensten Formen der Psychosen Visionen angegeben, die etwas über die Druckfiguren des Normalen hinausgehen, immer aber noch Beziehungen zu derselben erkennen lassen (Tapetenmuster, Teppich, Netz, Gekritzel von verschwommenen Buchstaben).

Noch 3 Fälle von besonderem Interesse will ich kurz anführen; Liepmann giebt an, dass er bei den sogenannten Abortivdelirien stets negative Resultate gehabt habe.

C. K., wegen Delirium tremens schon zweimal in hiesiger Anstalt, findet sich am 16. V. 1895 in der Anstalt ein und bittet um Aufnahme, da es ihm so angst sei, als ob er sterben müsse. Er zeigt ein stark geröthetes, schweissbedecktes Gesicht, erheblichen Tremor, klagt über Herzklopfen und hat seit einigen Tagen Durchfälle. Er hat immer sein Delirium in der denkbar scherzhaftesten Weise aufgefasst und mit grosser Bereitwilligkeit seine „Geschichte“ geschildert. Er giebt an, bis zum Mittag gearbeitet und noch nichts gesehen zu haben.

Druck auf die Augäpfel: Sieht schwarze Vögel, Mäuse, Hirsche, wie im Zoologischen Garten, Wandelbilder, wie für 10 Pfg auf der Messe, Städte, Berge, alles zieht vorüber, ein Menschenaufzug, wie bei der Denkmal-Enthüllung, hinten Häuser und Bäume. Er wird zu Bett gelegt, schläft unruhig, am Morgen erklärt er, dass es ihm ganz wohl sei, erzählt von seiner Angst am vergangenen Tage, leugnet glaubwürdig, hallucinirt zu haben, erinnert sich der gestrigen Druckvisionen. Ein neuer Druckversuch ergiebt nur den normalen Druckbildern entsprechende Angaben.

Die Frage, welche auch von Liepmann aufgeworfen worden ist, ob schon der Lichtabschluss hinreichend oder auch ein Druck nöthig sei, um Visionen hervorzurufen, kann die nachfolgende Beobachtung beleuchten.

F., Händler, 45 Jahre alt, hat sich vor Jahren durch ungeeignete Behandlung einer Augenaffection eine völlige Vernarbung beider Cornae und völlige Blindheit zugezogen. Einige Jahre später erkrankt er psychisch. Er sah nun zunächst fortwährend Blumen, allerhand Figuren. Thiere, Menschen, Lichter, Gärten, von denen er nur als Merkwürdigkeiten Notiz nahm, ohne sie in Beziehung zu seiner Persönlichkeit zu bringen. Dann traten massenhafte Gehörstäuschungen auf, die von vorneherein den Character von Beschimpfungen und Bedrohungen hatten, anfangs sah er auch seine Verfolger, ihre Dolche und Waffen, schliesslich traten die Gesichtstäuschunneg völlig zurück, die Gehörshallucinationen erreichten aber eine ungeheure Massenhaftigkeit.

Druck auf die Augäpfel:

Was sehen Sie? Sterne, Blumen, viele Männer, Frauen mit Kindern, nichts mehr, Schlangen, andere Thiere.

Wie sehen diese aus? Wie Mäuse, alles ist ganz grau.

Wie waren die Blumen? Auch grau.

Einige Wochen nachher starb der Kranke, beide Optici waren atrophisch, die Fasern an Zahl etwa um $^1|_3$ reducirt. Das Auge konnte microscopisch nicht untersucht werden. Zu der Annahme, dass reizempfindliche Retina- und Opticuselemente überhaupt nicht mehr vorhanden gewesen seien, ist kein Grund vorhanden, jedenfalls aber war der Kranke in Folge der Vernarbung der Hornhäute völlig blind und durch Druck auf die Augäpfel konnten Visionen hervorgerufen werden, die spontan nach Angabe des Patienten seit Monaten nicht mehr aufgetreten waren.

Interesse verdient auch noch der folgende Fall, bei welchem spontane Hallucinationen nie beobachtet wurden, die Druckvisionen aber so üppig wie nur sonst je sich zeigten. Es handelt sich um einen Kranken, welcher in diagnostischer Beziehung die grössten Schwierigkeiten bot. Es bestand hochgradigste erhöhte Reflexerregbarkeit, Fussclonus, Romberg'sches Phänomen, eine schwere Störung in der Localisation der Tastempfindung, träge Reaction der Pupillen, keine Sprachstörung. Andeutung von motorischer Aphasie, Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Klagen, als ob alle Gedankenfäden in seinem Gehirn durchrissen seien, als ob seine Arme und Beine nicht mehr mit seinem Körper zusammenhingen, ihm fremd wären, daneben keine nachweisbare Störung des Gedächtnisses und Urtheils. Augenhintergrund normal, keine hereditäre Belastung, in früheren Jahren Potus, Lues wird in Abrede gestellt. Ein ausserordentlich heftiger Tobsuchtsanfall, in welchem er in kurzer Zeit seine ganze Wohnung demolirt hatte, veranlasste seine Verbringung in die Anstalt. Hier erschien er nach einigen Stunden wieder ruhig und besonnen. Für den Anfall selbst bestand völlige Amnesie, in der ganzen Folge klagte er über die oben angeführten peinigenden Sensationen.

Liepmann'scher Versuch: „Ja, was ist denn das? Ich sehe allerlei und Sie halten meine Augen zu.“

Was sehen Sie denn? Die schönsten Sterne und Sonnen, Gott, ein herrliches Mosaik, aber es lebt, was sind denn das? Eidechsen, grün-

schillernd, einen schwarzen Wolf, jetzt ein ganzes Theater, das ist ja ein Getümmel, ein Wald mit Thieren, Vögel, ganz kleine Thiere, die im Kreis herumtanzen. Jetzt lassen Sie mich, ich werd verrückt, ist das wirklich, ist das Hypnotismus?"

So oft die Versuche in der Folge wiederholt wurden, das Ergebniss blieb immer dasselbe, immer wieder die buntesten Visionen. Als ihm beide Ohren zugehalten wurden, erklärte er ohne weiteres Befragen: „es zirpt wie eine Grille, es pfeift einer, haben Sie mich gerufen, es war mir, als wenn ich meinen Namen rufen hörte."

II.

Respiratorischer Reflexkrampf

nach Incision eines Furunkels im äusseren Gehörgang mit Uebergang in einen allgemeinen Krampf hysterischen Characters.

Von Dr. Max Edel, Assistenzarzt.[1])

(Aus dem städtischen Krankenhause zu Charlottenburg.)

Respiratorische Reflexkrämpfe sind, abgesehen von den häufigen asthmatischen Anfällen bei Erkrankungen der Nase, die auch durch galvanocaustische Behandlung [bei Polyp[2]), Muschelschwellung[3])], direct ausgelöst worden sind, nicht gerade zahlreich beschrieben worden. Ich erwähne die merkwürdigen Fälle von Steinbrügge[4]) (bei Anhören von Instrumentalmusik) und Erb[5]); bei dem letzteren Falle konnte ich noch 1894 durch sensible, optische, vor allem aber acustische Reize (Geräusch einer zufallenden Thür etc.) die nämlichen Athmungskrämpfe hervorrufen und zeigen. Wie überhaupt das Gehörorgan der Ausgangspunkt von mannigfachen Reflexneurosen ist, so scheint es auch in Bezug auf die Auslösung von Athmungskrämpfen eine wesentliche Rolle zu spielen. Nach Incision eines Furunkels im äusseren Gehörgang hatte ich im städtischen Krankenhause zu Charlottenburg Gelegenheit, einen im Gegensatz zu den erwähnten Beobachtungen mit Bewusstseinsstörung einhergehenden vorwiegenden Respirationskrampf[6]) reflectorisch auftreten zu sehen. Die Athmungskrämpfe sind zwar zumeist durch Hysterie bedingt, wie diese denn auch bei den genannten reflectorischen Fällen vorzuliegen scheint oder doch eine derselben verwandte functionelle Neurose (Erb). Da nun Hysterie durch jedes Trauma, besonders bei neuropathischer Disposition und psychischer Erregung unmittelbar hervorgerufen werden kann, so lassen sich auch Athmungskrämpfe nach Verletzungen leicht verstehen. Indessen tritt ihr hysterischer Character nicht immer unzweifelhaft hervor, so dass unser Fall durch den Uebergang des Respirationskrampfes

---

[1]) Zur Zeit Assistent an der städt. Irrenanstalt zu Dalldorf.

[2]) Hack.

[3]) Aronsohn: Künstlich erzeugtes Asthma. Deutsche med. Wochenschr. XV., 17, 1889.

[4]) Zeitschrift für Ohrenheilkunde XIX 4, p. 328, 1889.

[5]) Demonstrirt im naturhistorisch-med. Verein zu Heidelberg 1887.

[6]) Demonstrirt in der Ges. für Psychiatrie u. Nervenkr. zu Berlin, 12. November 1824. (Erscheint demnächst in der Berl. klin. Wochenschr.)

in einen allgemeinen ausgesprochen hysterischen einer kurzen Erwähnung werth zu sein scheint, zumal er sonst noch einiges Bemerkenswerthes bietet. Für die Erlaubniss hierzu bin ich meinem früheren Chef, Herrn Sanitätsrath Dr. Alt, zu Dank verpflichtet.

Ein etwa 30jähriger Mann, der sich in der Reconvalescenz nach leichter Influenza befand, bekam einen schmerzhaften Furunkel im rechten äusseren Gehörgang, der dicht an der Ohröffnung der oberen und hinteren Wand aufsass und eine eitrige Kuppe hatte. Die Haut war in weiterer Umgebung, besonders nach der Schläfe zu geschwollen und sehr druckempfindlich. Bei der Incision, welcher die Ausdrückung des Eiters und Tamponirung augenscheinlich unter heftigen Schmerzen folgte, fiel schon eine Erhöhung der Athemfrequenz auf. Dieselbe steigerte sich nun binnen kurzer Zeit unter zunehmender Bewusstseinstrübung bis auf 240 Athemzüge in der Minute, während der Puls sich auf 108 Schläge erhob. Die Athmung ist ganz oberflächlich und wird bisweilen durch einen lauten Schluckakt unterbrochen, nach welchem sie sofort wieder mit noch vermehrter Frequenz einsetzt. Die untere Lungengrenze steht vorn in Höhe der 7. Rippe. Die gesammte Athmungsmuskulatur befindet sich in Anspannung, die Muskulatur der ausgestreckten Extremitäten setzt Bewegungsversuchen leichten Widerstand entgegen. Auf Anrufen antwortet er nicht. Die Pupillen reagiren auf Lichteinfall. Die Fusssohlen, Knie- und Testikelreflexe sind gesteigert. Da kalte Uebergiessungen, Senfpapiere, Eisblase, Druck auf die seitliche Halsgegend erfolglos blieben, wurde nach einer Stunde Electrisirung des Nerv. phrenicus mit einem schwachen faradischen Strom wenige Sekunden lang einige Male vorgenommen, wobei die eine Electrode auf die Gegend des Zwerchfellansatzes gesetzt wurde. Danach tritt nun eine bedeutende Verschlimmerung des Anfalls auf. Die Athmung hält in kurzen, aber wechselnden Intervallen von $^1/_2$—$1^1/_2$ Minuten plötzlich an, wobei sich erst eine Röthung, dann Cyanose des Gesichts einstellt, eingeleitet durch ein lautes krampfhaft schluchzendes Geräusch. Der Puls wird dabei kleiner und kaum fühlbar. Es gesellt sich Rigidität der gesammten Körpermuskulatur hinzu, ein arc de cercle wird gebildet, die Bauchmuskulatur ist bretthart angespannt, der Zwerchfellstand ist noch etwas tiefer als vorher, die Arme sind krampfhaft flectirt und die Fäuste geballt. Nach 3—20 Sekunden erfolgt eine tiefe Inspiration unter Nachlassen der Stauung und Muskelerschlaffung, dann ein weniger tiefer Athemzug und nun geht die Respiration schnell in den stark beschleunigten oberflächlichen Typus über unter wieder zunehmender Muskelspannung und beginnenden clonischen Krämpfen, besonders der Arme. Wegen des bedrohlichen Zustandes wird nunmehr eine Morphiuminjection (0,01) in die Haut des Epigastrium gemacht Darauf wächst der Krampf zunächst noch an Intensität Es werden alsbald wilde Bewegungen des ganzen Körpers ausgeführt, die Beine in die Höhe geschleudert, die geballten Fäuste mit grosser Gewalt fortwährend auf das Bett geschlagen und dieses selbst geräth in rythmische Bewegung. Dabei zeigt das Gesicht den Ausdruck lebhaften zornigen Affects. Da die wilden Bewegungen immer noch durch langdauernde Athemstillstände unterbrochen werden, wird noch 2 gr Chloralhydrat per Clysma gegeben. Nach etwa $^1/_2$ Stunde scheint der Krampf plötzlich völlig vorbei zu sein. Unter gänzlicher Erschlaffung tritt ruhige, wenn auch noch etwas oberflächliche Bauchathmung ein. 3 Minuten später wiederholte sich der Paroxysmus in etwas abgeschwächter Weise, um nach kürzerer Dauer einem ruhigen, tiefen Schlaf zu weichen. Im Ganzen hatte der Krampf etwa $2^1/_2$ Stunden gewährt.

Am nächsten Tage bestand völlige Amnesie für das Vorgefallene. Der Patient fühlte sich nur wie zerschlagen in allen Gliedern."

Hereditäre Belastung liegt bei dem kräftig gebauten Manne nicht vor. Er hat keine Nervenkrankheit gehabt. Hysterische Stigmata fehlen, insbesondere Sensibilitätsstörungen und Einengung des Gesichtsfeldes. Die Reflexe sind normal.

Der hysterische Charakter des geschilderten Anfalls erscheint zweifellos, trotzdem sonst keine Anzeichen für Hysterie vorhanden sind. Nach dem operativen Eingriff trat anfangs sofort reflectorisch vorwiegend ein durch starke Beschleunigung der Athmung ausgezeichneter und nur durch Schluckakte unterbrochener Respirationskrampf auf, welcher allerdings schon

mit Bewusstseinsstörung bei erhaltener Pupillenreaction und mit Erhöhung der Reflexe unter leichter Muskelspannung einherging. Die nach anderen nutzlosen therapeutischen Maassnahmen vorgenommene kurze Anwendung eines durch Prüfung am Gesunden für schwach befundenen faradischen Stroms hatte, wie wir uns nicht verhehlen, eine Verstärkung des Anfalls zur Folge. Dieser bot nunmehr einen beständigen Wechsel zwischen gänzlichem Athemstillstand bei tonischer Anspannung der gesammten Körpermuskulatur und der früheren ausserordentlich frequenten Respiration, verbunden mit clonischen Muskelkrämpfen dar. Durch die alsbald auftretenden wilden, etwas willkürlichen Bewegungen, den arc de cercle, den sichtbaren Ausdruck des Affects, die Wiederkehr des ganzen Turnus nach kurzer Pause wurde aber andrerseits die hysterische Natur des Anfalls und daher auch des vorausgehenden, unmittelbar dem Trauma folgenden Respirationskrampfes fraglos. In Bezug auf die Pathogenese ist es von Interesse, hervorzuheben, dass es sich um einen sonst nicht neuropathisch veranlagten kräftigen Mann, einen Arbeiter handelt, und dass hier die Disposition wahrscheinlich durch die Influenza, in deren Reconvalescenz sich der Patient befand, geschaffen worden ist. Wie alle möglichen Complicationen von Seiten des Nervensystems bei derselben gesehen worden sind, so auch die Hysterie. Aus 9 Beobachtungen Etienne's de Joubiouse[1]) geht hervor, dass hysterische Erscheinungen in jedem Stadium der Grippe auftreten können, vorzugsweise aber in der Reconvalescenz. Unser Fall bestätigt das.

Als auslösendes Moment des Anfalles muss in erster Linie auch hier die durch den sichtlich heftigen Schmerz trotz des geringfügigen kurzen Eingriffs erzeugte psychische Aufregung angesehen werden. Mit der psychischen Erschütterung wirkt aber gleichzeitig der von den getroffenen sensiblen Nervenendigungen ausgehende und in deren Bahnen sich fortpflanzende Reiz auf das Grosshirn, indem sie bei gesteigerter Empfänglichkeit desselben nach Oppenheim[2]) moleculäre Veränderungen in denjenigen Gebieten hervorrufen, welche die höheren seelischen und die in Beziehung zu denselben stehenden motorischen etc. Functionen beherrschen. Im Gegensatz dazu steht die Ansicht Charcots, nach der die Reflexneurosen auf Autosuggestion beruhen.

Dass zunächst vorwiegend ein Respirationskrampf entstand, könnte man sich auf die vornehmliche Betheiligung des Vagus zurückführen, dessen regulirende Thätigkeit auf den Rythmus der Athmung feststeht; versorgt doch der ramus auricularis desselben die Incisionsstelle, die hintere Wand des äusseren Gehörgangs. Indessen sind bei einer Reflexneurose, wo dieser Ast durch einen auf das Trommelfell drückenden Cerumenpfropf im Gehörgang offenbar gereizt war[3]), keine Erscheinungen von Seiten der Respiration, wohl aber solche von Seiten des Herzens, wie Palpitation, aufgetreten. Auch bei unserem Patienten war gesteigerte Pulsfrequenz vorhanden. Ausserdem kommt auch der Trigeminus durch den ramus auriculotemporalis in Betracht, welcher seinerseits sowohl von der Nasen-

---

[1]) De l'hystérie consécutive à la grippe. (Thèse de Paris 1890.)
[2]) Lehrbuch der Nervenkrankheiten. S. 711.
[3]) Herzog: Internationale klin. Rundschau, 23, 1888,

schleimhaut[1]) wie von des Cornea[2]) aus einen gewissen allerdings unähnlichen Einfluss auf die Respiration bewiesen hat. Das Athemcentrum der Medulla oblongata kann aber allein durch psychische Erregung und durch diejenige der meisten sensiblen Nerven eine Steigerung seiner Thätigkeit erfahren.[3])

Die Faradisirung trug zu der Ausbreitung des Krampfes wesentlich bei, ein neuer Beweis, wie vorsichtig man mit der Anwendung selbst schwacher faradischer Ströme bei hysterischen Krämpfen sein muss, wohl in Folge der veränderten electrischen Nervenerregbarkeit.[4]) In dem anfangs erwähnten Falle Erb's gelang es mir jedoch, durch Faradisirung des Phrenicus eine Abschwächung, mehrmals eine völlige Beseitigung des Krampfes herbeizuführen. Ein günstiger Einfluss der Faradisirung am Halse wird auch von Schäffer[5]) und Schech[6]) bei asthmatischen Krampfzuständen betont. Oppenheim[7]) warnt dagegen bei der traumatischen Neurose vor dem Gebrauch gewaltsamer Mittel, wie starker faradischer Pinselströme zur Unterdrückung von Krämpfen. In unserem Fall trat schon nach geringen Strömen ein bedrohlicher Zustand wegen des durch energische lang anhaltende Zwerchfellcontractionen und allgemeine Muskelspannungen bedingten und oft wiederkehrenden Athemstillstandes auf, der nach Narcoticis schwand. Andrerseits zeigt er dadurch, dass ein Respirationskrampf, selbst wo er scheinbar isolirt reflectorisch in die Erscheinung tritt, dennoch hysterischer Natur sein kann, wenn auch sonst nichts für Hysterie spricht.

Das Interesse des Falls scheint mir also darin zu liegen, dass nach einer geringfügigen Ohrverletzung bei einem sonst nicht neuropathisch veranlagten, aber wahrscheinlich durch Influenza disponirten kräftigen Manne ein Krampfanfall reflectorisch eingetreten ist, der sich zunächst vorwiegend in einem mit Bewusstseinsstörung verbundenen Respirationskrampf äusserte, dessen hysterischer Character jedoch nach einer den Krampf steigernden schwachen Faradisirung sicher zu erkennen war.

II. Bibliographie.

LI) **E. Séguin:** Rapport et mémoires sur l'éducation des enfants normaux et anormaux. (Mit einem Vorwort von Bourneville, in dessen Bibliothèque d'éducation spéciale es den III. Band bildet.)

(Paris 1895)

Es ist ein gut ausgestattetes Buch mit grossem Druck von über 400 Seiten und bezweckt, wie in dem Vorwort betont wird, die physiologische Erziehung der normalen Kinder von der Conception bis zur vollen Ent-

[1]) Auslösung von asthmatischen Anfällen (gemeinsam mit Olfactorius) l c
[2]) Guttmann: Virch. Arch., Bd 113, pg. 222, 1888 (Stillstand der Athmung).
[3]) Knoll: Ueber die Athmungsinnervation. Verhdlg. d. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1886, p 210.
[4]) Schäffer: Arch. f klin. Med. XLVII, 3 u. 4. p. 329 1891
[5]) Nasenleiden u. Reflexneurosen. Deutsche med. Wochenschr. VIII, 23, 24 1884.
[6]) Bayr ärztl Intell.-Bl. XXXI, 30, 1884.
[7]) L. c. S. 715

wicklung und dann diejenige der Taubstummen und Idioten darzustellen. Der Erziehungsbericht wurde im Jahre 1873 bei Gelegenheit der Wiener internationalen Ausstellung redigirt, der Séguin ungenügende Ausstattung für die Zwecke physiologischer Erziehung vorhält. Im ersten Theil weist er zunächst auf die Erziehung des Kindes im Mutterleib hin, wobei er in seiner Illustrirung etwas weit geht. So führt er an, dass, wenn eine Mutter ihren häuslichen Kummer durch Musik beschwichtige, ihr sehr oft idiotisches Kind wunderbare musikalische Begabung inmitten seiner Verstandestrümmer zeige. Weiter schildert er die Erziehung des Kindes in der Wiege und in der Säuglingsanstalt, wo die Mütter ihre Kinder Morgens hinbringen, wenn sie zur Arbeit gehen, um sie Abends wieder abzuholen. Er wendet sich gegen die unzweckmässige Verzierung der Wiege mit auffallenden, wohl gar unnatürlichen Figuren. Diese ermüde entweder den kindlichen Geist oder erwecke die ersten Ideen vom Uebernatürlichen, ja sie lege vielleicht durch Scheinveränderungen während der Nacht den ersten Keim zu Hallucinationen. In der Säuglingsanstalt, diesem nothwendigen Uebel, könnten Beobachtungen über den Einfluss von optischen und acustischen Eindrücken gemacht werden, über die Erweckung der ersten Ideen, Willensbestimmungen und Neigungen durch die ersten Perceptionen, über die Einwirkungen der Ernährungsweise, der Bettruhe auf Temperatur, Puls und Respiration, über den Einfluss der künstlichen Wärme auf die zu jähe Entwicklung der Nervencentren und vielleicht auf die Existenz der Meningitis chron. und acuta, der Diphterie und des Croup. Ferner wird der Unterricht in den Kinderschulen der Armen und Reichen und dann in der physiologischen Kinderschule besprochen. Man bemühe sich zwar, Bücher durch Gegenstände zu ersetzen. Aber anstatt möglichster Erweiterung der Kenntnisse sollte man Vertiefung und grössere Präcision der Wahrnehmung anstreben. Zugleich mit der Unterweisung in den Elementen der Geometrie müsse man die Hand im Zeichnen üben. Die Unterrichtsmethode müsse sich von allem Unnatürlichen fernhalten und sich nur um das Nächstliegende und Einleuchtende kümmern. Das Circulationssystem, in dem Anomalien durch häufige Ueberanstrengungen und unzweckmässige Haltungen auftreten können, müsse durch eine früh begonnene physiologische Erziehung beeinflusst werden, die die Oxydation und Verbrennung der Gewebe in beiden Körperhälften gleich zu gestalten suche. So müsse man z. B. die Neigung des Neugeborenen, rechts zu liegen, corrigiren, das Kind abwechselnd auf beiden Armen tragen. Es solle ambidexter gemacht werden. Dadurch würde man Krankheiten vorbeugen, wie der auf Ermüdung zurückzuführenden Paralyse in der rechten Hand des Telegraphisten, der Näherin, des Schreibers. Eine bessere Ausbildung der rechten Gehirnhälfte würde grössere geistige Festigkeit geben, durch gleichmässige Blutvertheilung würden das Auftreten der Apoplexien verringert, Temperament und Passion gemildert werden, was einen unübersehbaren Werth in socialer Beziehung zur Folge haben könne. Weiter zeigt Séguin, dass die Erziehung der speciellen Sinne mit der des Muskelsystems gleichen Schritt halten müsse, wobei er die Verschiedenheit derselben von derjenigen vermittelst der Sinne betont. Endlich hebt er die Rolle der Spiele in der Entwicklung der Sympathien und die Bedeutung des Anschauungsunterrichtes hervor.

Im 2. und 3. Theil werden ähnliche physiologische Gesichtspunkte als massgebend für die Erziehung der Taubstummen und Idioten, sowie geistesschwachen Kinder hingestellt. Dabei werden nach historischen Betrachtungen die in den verschiedenen Ländern bestehenden Anstalten und Unterrichtsmethoden besprochen. Die Darstellung derselben ist des Nachlesens werth. Die deutsche Taubstummenerziehung findet volle Anerkennung. Indessen sind manche Angaben etwas veraltet, da die Arbeit mit dem Jahre 1877 abschliesst. Jedenfalls treffen sie für die deutschen Idiotenanstalten nicht mehr zu, schienen Séguin doch die Schulen zu Berlin und Dresden die mangelhaftesten zu sein, denen er begegnet ist. Er sieht wohl Unterricht, Beschäftigung, aber keine Erziehung der Organe und keine Erholung durch Spiele oder irgend welche Vergnügungen. Mag nun Deutschland auch früher in der Idiotenerziehung hinter den anderen Ländern etwas zurückgeblieben sein, so vermissen wir doch eine Anmerkung des Herausgebers über die neueren Verhältnisse, die durch die Errichtung und zweckmässigere Verwaltung grosser Idiotenanstalten geschaffen wurden und keinen geringen Fortschritt für unser Land bedeuten. Als Unterrichtspunkte der Idioten nach der physiologischen Methode bespricht Séguin vor allen methodischen Hand- und Fingerübungen unter Ausnutzung des Nachahmungstriebes, als Mittel zur Zerstreuung Spiele, Musik, Bilder und Zeichnungen. Die Idioten müssten den Verwandten möglichst wenig entfremdet werden, in erster Linie müssten sie in der Familie erzogen werden und wo das nicht ginge, sollte der Staat für sie sorgen. Man sollte ihnen mehr Sorgfalt und Liebe entgegenbringen und danach streben, sie glücklich zu machen.

Der letzte Theil beschäftigt sich mit der Volkserziehung, wie sie ist und wie sie sein sollte. Bei der Schilderung der Volksschulen sagt er von der deutschen, sie züchte Professoren und Soldaten, aber man sähe schon ein Zielen nach der Oberherrschaft in der Industrie, indem sie aus den Kindern Handwerker und billigste Producenten von Geschmacks- und Modeartikeln mache. Die amerikanische Schule wird mit Recht bewundert. Der Autor entwirft sodann ein Bild einer Nationalschule in seinem Sinne. Diese müsse sich vom klassischen Programm zu einem physiologischen erheben. Die Erziehung müsse so weit als möglich in frischer Luft stattfinden, in Gärten zum Studium der Natur, zu körperlichen Uebungen und Belustigungen, zum Bilden des Geschmacks und zur Vorbereitung für die Landwirthschaft. Die medicinische Erziehung der Sinne spielt wieder eine Hauptrolle; die Ausbildung der Hände, des Auges, der Sprache, des musikalischen Empfindens und des Vorstellens. Wenn die Medicin sich mit der Erziehung zu gemeinsamer Arbeit verbinde, so könne sie die Welt reformiren. An der Spitze dieser nationalen Erziehung müsse ein Physiologe stehen, gewandt in den socialen und ökonomischen Wissenschaften, in Kunst und Litteratur; aber es dürften keine geringeren Männer wie etwa Virchow in Preussen, Broca, Ranvier in Frankreich sein.

Den Schluss des Buches bildet eine Denkschrift über die Idiotie, welche zwei Abhandlungen über die psycho-physiologische Erziehung einer Idiotenhand und eines Idiotenauges enthält und mit 5 Abbildungen versehen ist. Diese Arbeiten wurden 1880 nach dem Tode des Verfassers von dessen Sohn im Archiv of medicine herausgegeben mit der Bemerkung, dass

sie epochemachende Erziehungsprincipien verkünden, deren Hauptidee es sei, dass die peripherischen Organe, die speciellen Sinne, der Gefühls- und Muskelsinn in derselben Zeit sorgfältig erzogen und belehrt werden müssten, in der die eigentlichen Gehirnfunctionen durch den gewöhnlichen Unterricht zur Entwicklung gebracht würden.

Wenn die Projecte Séguin's auch weit über das in absehbarer Zeit Erreichbare hinausgehen, so hat doch die von ihm begeistert vertretene Richtung, die psycho-physiologische Erziehungsmethode heute wohl überall, wenigstens für die abnormen Kinder, festen Boden gewonnen. Das Buch ist daher als eine klare und detaillirte Darstellung der anerkannten Principien von Werth, um so mehr, als der Autor seiner Zeit vorausgeeilt ist und im Gegensatz zu dem noch bestehenden Schullehrerregime eine Oberleitung durch Aerzte befürwortet, bei denen er allerdings eine bessere psychophysiologische Vorbildung voraussetzt. Das Werk ist anregend und unterhaltend geschrieben, klingt es auch stellenweise wie ein Roman; seine Lectüre wird Allen Genuss bereiten und von Vortheil sein, welche sich für die Erziehung der normalen und abnormen Kinder interessirt und „Freunde des wahren Fortschritts“ sind. Max Edel-Dalldorf.

LII) **Georg Hirth** (München): Die Localisationstheorie, angewandt auf psychologische Probleme. Beispiel: Warum sind wir zerstreut? Zweite vermehrte Auflage.

(München 1895, G. Hirth's Verlag).

Der vor etwa einem Jahre veröffentlichten ersten Auflage obiger Schrift wurde in den Kreisen, welche für Psychologie ein weitergehendes Interesse besitzen, eine sehr beifällige Aufnahme zu Theil. Die kurze Frist seit dem Erscheinen der 1. Auflage hat der Verfasser offenbar mit ausserordentlichem Fleisse benützt, um auf Grundlage der neuesten gehirnanatomischen und physiologischen Forschungen seine Anschauungen über die Localisationspsychologie weiter auszubilden und zu präcisiren.

Die Arbeit zerfällt in 2 Abschnitte. In dem ersten „Programm einer Localisationspsychologie“ betitelten beschäftigt sich der Autor damit, darzulegen, inwieweit die in der Neuzeit auf dem Gebiete der Functionslocalisation im Gehirn gewonnenen Kenntnisse sich zur Aufklärung einer Reihe der wichtigsten psychologischen Probleme verwerthen lassen. Die Menge der Themata, welche der Autor hierbei in den Kreis seiner Betrachtungen zieht und die bei dem bescheidenen Umfange dieses Abschnittes (67 S.) nothwendige äusserste Gedrängtheit seiner Ausführungen, nicht minder aber auch die Fülle origineller Gedanken und die Eigenartigkeit der Terminologie, deren sich H. bedient, machen diesen Theil der Arbeit zu einem kurzen Referat sehr wenig geeignet. Wir müssen uns daher begnügen, hier einige Stichproben des Gedankenganges, welchen der Verfasser verfolgt, anzuführen.

Eine der wichtigsten Thatsachen, auf welche H. hinweist, ist die relative Selbstständigkeit der functionellen Provinzen im Nervensystem. An diese Thatsache knüpft der Autor eine Reihe von Folgerungen von weitgehendem Interesse. Man braucht gar nicht Fachmann auf diesem Gebiete zu sein, um zu begreifen, dass die einzelnen Centralorgane eines

Menschen in Bezug auf Umfang, Gesundheit, Zähigkeit, Dauerhaftigkeit, Actions- und Widerstandskraft ähnliche Unterschiede aufweisen, wie die Ausstattung der verschiedenen Körpertheile mit Muskeln und Knochen, mit Sehnen, Haut und Drüsen, mit Herz, Lunge, Magen, Nieren etc., dass auch unter den nervösen Organen das eine früher zur Reife gelangt und früher „altert“, als das andere, in Folge differenter Uranlage, Ernährung, Nichtübung oder Ueberanstrengung, in Folge von Insulten etc. Dieser Gedanke verdient, wie ich glaube, ganz besondere Beachtung. Denn alles, was bisher von Pubertät, von geistiger Reife, von greisenhafter Jugend und jugendlichem Greisenthum u. dergl. gesagt worden, das lässt sich nun nach functionellen Provinzen zerlegen; wir erhalten durch solche Differenzirung die Möglichkeit, uns ein klareres Bild von den Factoren zu machen, aus denen sich das Werden, Blühen und Vergehen des geistigen Lebens zusammensetzt, und verkennen, dass die physiologischen Entwickelungsstationen der Psyche keineswegs einen einheitlichen Character tragen, sondern in einer grösseren Anzahl von parallelen Reihen fortschreiten.

Localisirt im Gehirn sind aber, wie H. ausführt, nicht nur die verschiedenen Empfindungsarten und Innervationen, sondern auch der gesammte Mechanismus der Association. Wie auch die functionelle Verknüpfung sich bewerkstelligen mag, die Wege für dieselben müssen substanziell gegeben sein. „Dadurch erhalten wir gewissermassen eine zweite Serie von Localisationen, auf welche Vieles von dem, was wir den specifisch-functionellen Provinzen zusprechen müssen, analoge Anwendung finden mag: Besonderheiten im Wachsthum, in der Ernährung, in der Aufnahme und Abgabe von Energien, im Einfluss der Uebung Vielleicht ist die Bedeutung der letzteren hier noch wichtiger als bei den sinnlichen Grundgedächtnissen: Das höhere Denken, das sich normaler Weise erst nach der rein vegetativen Reife einstellt, mag hauptsächlich der individuellen Erziehung der Associationsnerven zuzuschreiben sein, welche sich naturgemäss langsamer zur höchsten Leistungsfähigkeit entwickeln, als die eigentlichen Sinnescentren.“

Als eine Grundeigenschaft der nervösen Substanzen, durch welche der absolut nothwendige Gegensatz zwischen den empfindenden Centralorganen einerseits und dem aus anderen Organen etc. bestehenden Körper des Individuums, sowie der Aussenwelt anderseits begründet und erhalten wird, bezeichnet H. die angeborene Energie der Nachaussenspiegelung des Eingebildeten. Auf dieser Energie beruht die Erhaltung der Arten im Thierreiche. „Ein Zuviel davon kann ebenso schädlich sein, wie ein Zuwenig, da jenes den Widerstand der benachtheiligten Wesen derselben oder anderer Arten herausfordert, oft dermassen steigert, dass das Ende — Vernichtung heisst. Ich wende mich daher der Ansicht zu, dass wir in den verschiedenen Nachaussenspiegelungen der Eindrücke und Erinnerungen des Tast-, Geschmacks- und Geruchssinnes, des Gehörs und Gesichts (der „Ferntastsinne“) u. s. w., uralte, durch Millionen von Generationen vererbte Energien des Nervensystems zu erblicken haben. Es heisst m. E. dem Individuum eine Bedeutung beilegen, welche es weder an sich, noch im Rahmen der allgemeinen Entwicklungsgeschichte in Anspruch nehmen kann, wenn man solche Energien als Product individueller „Erfahrung“ ansieht.“

Auch der 2. Theil der Schrift, welcher das Problem der Zerstreutheit auf Grund der vorhergehenden psychophysiologischen Ausführungen behandelt, weist in der vorliegenden Auflage manche Mehrungen auf, welche davon zeugen, dass sich der Verfasser in dieses den Arzt speciell interessirende Thema noch weiter vertieft hat. Wer indessen in diesem 2. Theile der Schrift eine trockene, systematische Abhandlung über die Zerstreutheit zu finden hofft, giebt sich einem erheblichen Irrthume hin. Der Autor sucht den Begriff der Zerstreutheit näher zu begrenzen. Er unterscheidet und characterisirt 9 verschiedene Modalitäten der Zerstreutheit und legt die verschiedenen im Bereiche des normalen psychischen Lebens liegenden und durch Krankheitszustände bedingten Ursachen derselben dar; er geht des weiteren näher auf einzelne Formen der Zerstreutheit ein und bemüht sich, dieselben auf Grundlage der Localisationspsychologie verständlich zu machen. Besondere Aufmerksamkeit widmet er auch der Unterscheidung der normalen von der krankhaften Zerstreutheit. Auch die juristische Seite derselben wird mit der Berührung des Error berücksichtigt.

Diese Ausführungen bieten dem Verfasser jedoch zum grossen Theile Anknüpfungspunkte für die Erörterung localisationspsychologischer und biologischer Probleme, so dass der 2. Theil, abgesehen von seinem speciellen Thema noch viel Belehrendes und Anregendes bietet.

Zu welcher Entwicklung die von Hirth angebahnte Richtung in der Psychologie in der nächsten Zeit gelangen wird, lässt sich nicht vorhersagen. Für Neuropathologen und Psychiater, denen heutzutage das Bedürfniss einer Klärung und Erweiterung ihrer psychologischen Anschauungen mehr als je fühlbar sein muss, kann es jedenfalls nur von Vortheil sein, wenn sie mit der neuen Richtung durch das Studium der H.'schen Schrift sich vertraut machen und der dadurch empfangenen Anregung in ihren Fachgebieten unbefangen prüfend nachgehen. L. Löwenfeld.

LIII) **G. Buschan:** Die Brown-Séquard'sche Methode (Organsafttherapie) und ihr therapeutischer Werth.

(Heuser's Verlag, 1895.)

Die Organsafttherapie im Allgemeinen und die Behandlung mit Hodenextract nach Brown-Séquard im Besonderen unterliegt heutzutage in den medicinischen Kreisen noch einer sehr widersprechenden Beurtheilung und es lässt sich nicht leugnen, dass sich in dieser Frage manche Aerzte lediglich durch a prioristische Erwägungen und Unbekanntschaft mit den vorliegenden klinischen Erfahrungen zu einem ungünstigen Verdicte verleiten liessen. Es ist daher ein gewiss zeitgemässes Unternehmen, dass der Verfasser in obiger Schrift versuchte, dem Practiker über den derzeitigen Stand der erwähnten Therapie auf Grund des vorliegenden litterarischen Materiales unparteiische Aufklärung zu verschaffen.

Der Autor bespricht zunächst die Schilddrüsentherapie, deren Erfolge bei Myxödem, sporadischem Cretinismus und gewissen Formen von Struma nicht mehr bestritten werden können — hiebei werden die unangenehmen Erscheinungen, welche mit dieser Therapie verknüpft sein können, keineswegs verschwiegen —, dann die Behandlung mit Hodenflüssigkeit (und

Spermin), mit Nervensubstanz, Pancreas-Nebennieren — und Nierensubstanz und mit Knochenmarkextract. Die Erfahrungen mit den 5 letztgenannten Stoffen sind noch zu wenig umfänglich, um ein ganz bestimmtes Urtheil zu gestatten. Mit Hodenflüssigkeit sind jedoch schon 3000 Kranke behandelt worden, und Zweifel über den therapeutischen Werth dieses Stoffes bei einzelnen Krankheitszuständen scheinen nicht mehr ganz gerechtfertigt. Vor allem werden Schwächezustände verschiedenen Ursprungs (senile Schwäche, Schwäche in Folge von Blutverlusten, Cachexien etc.) entschieden günstig beeinflusst. Unter den Nervenleiden bildet besonders die Tabes ein geeignetes Object für diese Therapie. Die Erfolge, welche durch die Testicularflüssigkeit bei diesem Leiden erzielt wurden, sollen sogar von keiner anderen Behandlung erreicht werden können (90—92% Heilungen oder ganz bedeutende Besserungen). Man mag diesen Procentsatz als zu hoch gegriffen erachten, die Wirksamkeit der Behandlung lässt sich bei der Menge von verschiedenen Beobachtern berichteter günstiger Erfolge jedenfalls nicht in Abrede stellen, zumal auch Buschan selbst in einzelnen Fällen von Tabes hiemit ganz auffällige und andauernde Besserungen erzielte. Weniger gut sind die Resultate bei Neurasthenie, bei Hysterie sogar ganz negativ. Dagegen sind wieder bei Paralysis agitans die Erfolge sehr auffällig (von 27 Fällen 25 bedeutend und nachhaltig gebessert). Den Schlusstheil der Broschüre bildet eine sehr eingehende Litteraturübersicht.

Wir können nur wünschen, dass die Schrift B.'s die ihr zukommende Beachtung in den Kreisen der Practiker findet und zu weiteren und ausgedehnteren Versuchen mit Organotherapie in Deutschland Anstoss giebt.

L. Löwenfeld.

LIV) **L. Bruns:** Gehirntumoren. Sep.-Abdr. aus der Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde.

(Encyklopädische Jahrbücher, V. Band.)

Der Verfasser, welchem die Pathologie der Gehirngeschwülste bereits manchen werthvollen Beitrag verdankt, hat mit der vorliegenden, 82 Seiten umfassenden Abhandlung eine vorzügliche und erschöpfende Darstellung des gegenwärtigen Standes der Lehre von den Gehirntumoren geliefert. Einleitend bemerkt er, dass durch die operativen Erfolge bei Gehirntumoren dieses Leiden aus der Zahl der lediglich ein wissenschaftliches Interesse bietenden in die der practisch wichtigen, therapeutisch angreifbaren versetzt und damit für eine grosse Zahl, ja eigentlich alle ärztlichen Practiker, von Bedeutung geworden ist. Zunächst werden dann die verschiedenen im Gehirne vorkommenden, primär entstehenden und als Metastasen auftretenden Geschwülste angeführt und deren Häufigkeit und Aetiologie erörtert. Bezüglich der traumatischen Verursachung von Gehirntumoren äussert sich B. sehr reservirt; er glaubt, dass, wenn überhaupt, die Verletzung nur höchst selten die eigentliche und alleinige Ursache des Tumors ist. In dem folgenden die Symptomatologie behandelnden Abschnitte werden die Gummata und Parasiten nicht, dagegen aus practischen Gründen das umschriebene Hämatom der Dura und des Aneurysma, soweit es Tumorsymptome hervorruft, berücksichtigt: die Symptome werden wie gewöhnlich in Allgemeinsymptome und Herd- (Local-) Symptome unterschieden. Bei letzteren werden

auch die percutorische Empfindlichkeit des Schädels, gewisse Veränderungen des Percussionsschalles am Schädel (Tympanie und Bruit de pot fêlé — „Scheppern“ —), sowie die bei Tumoren zu beobachtenden auscultatorischen Erscheinungen am Schädel eingehend gewürdigt. Die Darlegung der local. diagnostischen Symptome beginnt mit den Tumoren des Stirnhirns, bei welchen der frontalen Ataxie und deren Unterscheidung von der cerebellaren sehr beachtenswerthe Bemerkungen gewidmet werden; es werden dann der Reihe nach abgehandelt: die Tumoren der Centralwindungen, Parietallappen, Schläfenlappen, Occipitallappen, des Balkens, der Sprachregionen, Grosshirnganglien, des Kleinhirns, Hirnstammes der Vierhügel, Grosshirnschenkel, des Pons und der Medulla oblongata, der Basis cerebri, bei welch letzteren die Tumoren der Hypophysis und deren Beziehungen zur Acromegalie eine besondere Besprechung finden, die basalen Hirnarterienaneurysmen und endlich die multiplen Tumoren. Die folgenden Abschnitte befassen sich mit dem Verlaufe und der Prognose der Gehirntumoren, den für die Diagnose dieser geltenden allgemeinen Gesichtspunkten und der speciellen Differentialdiagnose; bei letzteren werden der Gehirnabscess, die eitrige und die tuberculöse Meningitis, das Hämatom der Dura mater, die acute und die chronische Encephalitis, der Hydrocephalus, die multiple Sclerose, die progressive Paralyse, die idiopathische Epilepsie, Urämie, Hysterie, Neurasthenie und der Friedmann'sche vasomotorische Symptomencomplex eingehend berücksichtigt. Der Abschnitt Therapie ist, wie nahe liegt, hauptsächlich der Erörterung der Frage gewidmet, inwieweit operatives Eingreifen bei Gehirntumoren gerechtfertigt und rathsam ist. B. gesteht zu, dass die hochgespannten Erwartungen, welche man an die ersten Tumoroperationen mit besonders günstigem Verlaufe knüpfte, durch die weiteren Erfahrungen sehr bedeutend herabgedrückt wurden. Doch glaubt er, dass die operative Behandlung der Gehirntumoren niemals wieder aufgegeben werden wird, wenigstens so lange wir nicht für alle Tumoren sicher wirkende innere Mittel haben, was allerdings noch geraume Zeit der Fall sein dürfte. B. erachtet übrigens chirurgisches Eingreifen nicht bloss in den Fällen gerechtfertigt, in welchen die Möglichkeit einer Radicaloperation vorliegt (bei sicherer Localdiagnose), sondern auch bei Mangel jeder bestimmten Localdiagnose, wenn es sich darum handelt, anhaltende, furchtbare auf anderem Wege nicht zu lindernde Kopfschmerzen und andere schwere Allgemeinerscheinungen zu bessern und der Kranke die Operation verlangt.

Ein Litteraturverzeichniss bildet den Schluss der dankenswerthen Arbeit.

L. Löwenfeld.

LV) **Wladimir K. Roth** (Moskau): Meralgia paraesthetica.

(Berlin, S. Karger, 1895, 24 S.)

R. beschreibt unter dem Titel „parästhetische Meralgie“ (von μηρός Oberschenkel und ἄλγος Schmerz) eine Affection des Nerv. cutaneus femoris externus, welche er in 14 Fällen beobachtete. Die Affection ist durch Parästhesien im Hauptgebiete des genannten Nerven am Oberschenkel (Aussenseite), Schmerzen, die gewöhnlich erst beim Gehen und Stehen stärker hervortreten, und in der Mehrzahl der Fälle auch durch eine geringe objective Störung der Sensibilität in dem betreffenden Gebiete characterisirt.

Das Leiden befällt mitunter beide Seiten in ungleicher Intensität, gewöhnlich jedoch nur eine Seite. Die Entwicklung der Affection ist meist eine ziemlich langsame und der Verlauf ein langwieriger, sich über Jahre erstreckender; die Behandlung erzielt jedoch mitunter auch schnelle Besserungen. Männer wernen von dem Uebel viel häufiger als Frauen heimgesucht; unter den 14 Fällen des Verfassers betrafen nur 2 Frauen. Bei der grösseren Hälfte der Kranken bestand Fettleibigkeit, häufig war auch Potus vertreten. Das wichtigste ätiologische Moment erblickt der Autor in mechanischer Schädigung des Nerven beim Gehen und Stehen, zu welcher die anatomischen Verhältnisse an einzelnen Stellen seines Verlaufes den Nerven besonders disponiren (so an der Crista ilei anterior, superior, im fibrösen Kanale der Fascia lata).

Die Meralgie Roth's ist, was dieser Autor allerdings nicht zugeben will, allem Anschein nach identisch mit der von Bernhardt in Nr. 6 des Neurol. Centralbl. von diesem Jahre unter dem Titel „Ueber isolirt im Gebiete des N. cutaneus femor. extern. vorkommende Parästhesien“ beschriebene Affection, zu deren Kenntniss auch von Näcke und Freud in dem genannten Centralblatt (Nr. 8 und 11) Beiträge geliefert wurden. Wie letzterer Autor erwähnte, hat Breuer bereits auf den oberflächlichen Verlauf des N. cutan. fem. ext. als ein Moment hingewiesen, welches dessen Schädigung durch Druck begünstigt.

L. Löwenfeld.

LVI) **Frenkel** (Heiden, Schweiz): Die Behandlung der Ataxie der oberen Extremitäten.

(Zeitschr. f. klin. Medicin, Bd. XXVIII. Sep.-Abdr.)

Von Frenkel wurde bekanntlich die Anwendung gymnastischer Uebungen zur Bekämpfung atactischer Bewegungsstörungen befürwortet. In der vorliegenden Arbeit wird von dem Autor eine Reihe einfacher und sehr zweckmässiger Vorrichtungen beschrieben und abgebildet, mit deren Hilfe bei Ataxie der oberen Extremitäten verschiedene feine und feinste coordinirte Bewegungen eingeübt werden können. Die Resultate dieser Therapie sollen zum Theil sehr günstige sein. Bezüglich der Construction der Apparate muss auf das Original verwiesen werden.

L. Löwenfeld.

III. Referate und Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Anatomie und Physiologie.

401) **O. Stülp**: Zur Lehre von der Lage und der Function der einzelnen Zellgruppen des Oculomotoriuskernes.

(Arch. für Ophthalmologie 41, 2)

St. sucht die Function der einzelnen Kerne des Oculomotoriuscentrums zu ergründen, indem er — ähnlich wie es früher Starr gethan, jedoch an der Hand eines grösseren Materials (229 klinisch beobachtete Fälle von Nuclearlähmung) — feststellt, welche Einzelkerne am häufigsten gleichzeitig

mit- oder kurz nacheinander erkranken. Von diesen ist dann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sie räumlich nahe bei einander liegen. St. erhält so ein Schema, welches mit dem von Kahler und Pick angegebenen übereinstimmt. Danach folgen die Einzelkerne aufeinander von vorn nach hinten:

a) Medial: 1. Accommodation, 2. Sphincter iridis, 3. Rectus internus, 4. Rectus inferior, 5. Trochlearis.

b) Lateral: 1. Levator palpebrae, 2. Rectus superior, 3. Obliquus inferior. (Die 3 Heber.)

Der unpaare Centralkern soll der Convergenz vorstehen.

Heddaeus (Essen).

---

402) **Riedl:** Ueber die spinale, sogenannte aufsteigende Trigeminuswurzel. (Wien. kl. W. 1895, 33.)

Durchschneidung der aufsteigenden Trigeminuswurzel (für welche Verf. den von Kölliker vorgeschlagenen Namen spinale Wurzel, oder noch besser Roland'sche Wurzel anwendet) an der Grenze des oberen und mittleren Drittels ihres intramedullären Verlaufs, dokumentirte sich durch Sensibilitäts- und vasomotorische Störungen der linken Gesichtshälfte und Geschwürsbildung auf der Cornea. Verf. verfolgte mittels der Marchi'schen Methode den weiteren Verlauf der Wurzel und konnte feststellen, dass dieselbe (bei der Katze) bis zum zweiten Cervicalnerven herabreicht, sodann dass dieselbe entsprechend ihrer absteigenden Leitung auch absteigend degenerirt. Weiter konnte er constatiren, dass ein Theil der Wurzelfasern in der subst. gelatinosa ihren Ursprung nimmt, dann als fibr. arcuatæ gegen die Raphe zieht, diese überschreitet und in der contralateralen Schleifenschicht in die Längsachse umbiegt. Neben der sensiblen Leitung kommen der Rolando'schen Wurzel auch vasomotorische, wahrscheinlich vasodilatatorische Functionen zu.

Lehmann (Werneck).

---

403) **G. Mingazzini** (Rom): Ueber die gekreuzte cerebro-cerebellare Bahn. (Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 15.)

M. sucht durch längere Erörterungen nachzuweisen, dass die Annahme einer directen gekreuzten cerebro-cerebellaren Bahn (Turner, Meynert) nicht haltbar und dass seine bereits vor einigen Jahren ausgesprochene Ansicht, — wonach die Ursache, derentwegen auf eine hemicerebrale Läsion manchmal Atrophie der contralateralen, cerebellaren Hemisphäre folgt, nur in der begleitenden Läsion des homolateralen Thalamus zu suchen sei, eine cerebro-cerebellare Bahn aber nur vermittelst des Thalamus existire — durch alle neueren Arbeiten nur unterstützt werde. Hoppe.

---

404) **A. van Gehuchten:** Le faisceau longitudinal postérieur. (Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique, IV. Sér., Bd. 9, Nr. 2.)

Der vielfach vertretenen Annahme, dass das hintere Längsbündel mit der Kernsubstanz am Boden des Aquaed. Sylvii und des IV. Ventrikels, besonders aber mit den Kernen der motorischen Augennerven in näherer Verbindung stehe, widerspricht, wie Gudden betont hat, die starke Entwicklung des Bündels beim Maulwurf und anderen, ein wenig entwickeltes

Sehorgan besitzenden Thieren. Auch die Cardinalfrage, ob das Bündel eine motorische oder eine sensible Bahn ist, wird noch verschieden beantwortet.

v. G. hat nun das Bündel mit der Chrom-Silbermethode an verschiedenen Entwicklungsstadien der Forelle untersucht. Er kommt zunächst zu dem Resultat, dass das Bündel nur aus spinalwärts leitenden Fasern besteht' also wahrscheinlich motorisch ist. Während seines Verlaufs zum Rückenmark nimmt es immer neue Fasern auf. Sein Hauptursprung liegt in einem Haufen grosser Zellen im Mittelhirn und zwar in dem lobi centrales von Belloncі, beiderseits am Boden des aquäductus an der Mittellinie, dem Meynert'schen Bündel aufliegend. Letzteres zieht vom Ganglion habenulæ ventral- und caudalwärts zum Ganglion interpedunculare.

Die Zunahme des Bündels beruht auf dem Hinzutreten von neuen Axencylindern aus im Hirnstamm zerstreut liegenden Zellen, die in der Nähe des Facialiskerns und der absteigenden Trigeminuswurzel dichter gesät sind; die Endbäumchen aus letzterer treten an die Zellen dieser Categorie heran. Zum Theil ist der Ursprung dieser zutretenden Fasern des Bündels gekreuzt.

Mit den Kernen der Augenmuskelnerven steht das Bündel nur durch Collateralen in Verbindung, die dabei zum Theil die Raphe kreuzen. Den lobi optici der Forelle entspringende Axencylinder kommen aus Zellen, um die sich die Opticusfasern verzweigen, biegen nach der ventralen Fläche um, passiren die Medianlinie und biegen bald als „untere Pyramiden" nach dem Rückenmark um. Kurella.

---

2. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

405) **Arthur Sarbó** (Budapest): Ueber die Rückenmarksveränderungen nach zeitweiliger Verschliessung der Bauchaorta. — Ein neuer Beitrag zur Pathologie der Ganglienzellen.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 15.)

Die Veränderungen beruhen nach den eingehenden Untersuchungen des Verfassers auf einer acuten Erweichung der grauen Substanz. Nach einstündiger Unterbindung der Bauchaorta beginnt (Nissl'sche Untersuchungsmethode) eine Zelldegeneration aufzutreten, welche hauptsächlich in feinkörnigem Zerfall der gefärbten Substanz des Zellleibes und in einer fortschreitenden homogenen Atrophie des Zellkernes ihren Ausdruck findet. Seltener ist die homogene Schwellung der Zelle und eine Art partieller Sclerose des Zellkörpers. Wie Nissl dem Verfasser mitgetheilt hat, treten solche Veränderungen stets nach plötzlichen schweren Noxen auf, welche das Nervensystem treffen. Die Zellen zerfallen immer mehr und verschwinden ganz, schliesslich hat sich (9 Tage nach der Unterbindung) an Stelle der Hörner ein Gewebe gebildet, das aus Glia-, epitheloiden und Wucherungszellen besteht.

Mittels der Weigert'schen und der Marchi'schen Methode gelingt es auch den Faserschwund in den grauen und weissen Strängen nachzuweisen. Im Bereiche der grössten Verwüstung ist ein diffuser Zerfall der Markscheiden in den Vorder- und Seitensträngen vorhanden, während in den Hintersträngen die Degeneration auffallend gering ist.

Hoppe.

---

406) **C. v. Monakow:** Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Haubenregion, den Sehhügel und die regio subthalamica, nebst Beiträgen zur Kenntniss früh erworbener Gross- und Kleinhirndefecte.

(Arch. f. Psych., Bd. XXVII. 1. u. 2. Heft.)

Seinen in früheren Bänden des Archivs (XII, XIV, XVI, XX, XXIII, XXIV) erschienenen Arbeiten lässt M. hier in ausführlicher Publication der Resultate seiner (zum Theil in die 80er Jahre zurückreichenden) Arbeiten über die Beziehungen zwischen Gross- und Zwischenhirn folgen.

Die Lichtung des genannten und bisher noch recht halbdunklen Gebietes macht hier solche Fortschritte, dass das Interesse daran ein weit über die Kreise des „Hirnanatomen" hinausreichendes ist. Der Fortschritt besteht weniger in Detaillirung, als in Sicherstellung, weniger in Abtrennung neuer Kerngruppen und Abspaltung neuer Fascikel, als in solider Fundirung von (an sich längst vermutheten oder mit ungenügender Sicherheit behaupteten) Beziehungen zwischen Hirnrinde und nächstniederen Hirntheilen. Die Methode war die Untersuchung secundärer Degenerationen nach früh erworbenen Defecten, einmal nach Gudden's Exstirpationsmethode, das andere Mal an menschlichen Gehirnen nach früheren porencephalitischen Defecten; beide Wege führten in der Hauptsache zu denselben Zielen.

Den eigentlichen Versuchen geht eine kurze anatomische Einleitung über Thalamus und regio subthal. bei Katze, Hund und Mensch voraus, die bisherigen Anschauungen bald differencirt, bald rectificirt. Speciell im Sehhügel unterscheidet M. eine viel grössere Anzahl von Kernen als frühere Autoren, indem er zu den bekannten vorderen, medialen und lateralen noch einen ventralen Kern (Meynert's ventrales Thalamus-Lager) rechnet, dem er auch den unteren Theil des lateralen Kerns angliedert, und jedes dieser Kernfelder wieder in je 3, 3, 2 und 4 Kerne eintheilt.

Ausserdem benennt er das sich zwischen pulvinar und gen. ext. einschiebende caudale Ende des ventralen als „hinteren Kern". In den ventralen Kern sieht M. den grössten Theil der Schleife eindringen. Auch die Linsenkernschlinge beschreibt M. abweichend, nämlich als 3 Bündel, welche theils putamen und Luys'schen Körper, theils dem Linsenkern mit den vorderen, ventralen Theilen des Thalamus verbinden, aber nicht in das Mark des rothen Kernes oder der Schleife übergehen.

Um nun festzustellen, welche Mittelhirntheile zunächst mit der Hirnrinde zusammenhängen, wurde (Versuch I) einem neugeborenen Hunde die rechte Grosshirnhalbkugel bis auf das Frontalende, den uncus, und Theile des Gyrus sigmoideus und fornicatus genommen. Nach 6 Monaten fanden sich secundär degenerirt alle Kerne des rechten Thalamus, ausser einem Theile des ventralen, die Gitterschicht, die corp. genicul., die Pyramiden und die subst. nigra; atrophisch corp. mamm., Haube, Schleife und rechte Brückenhälfte, ganz intact dagegen corp. striatum, c. Luysii, das centrale Höhlengrau (mit den Oculomotoriuskernen), d. gangl. habenulae und Meynert's Bündel. Da nun secundär nur direct abhängige Elemente degeneriren, müssen obengenannte in unmittelbarer Verbindung mit der Rinde stehen („directe Grosshirntheile"), die anderen, die statt Zerfall nur einfache Atrophie ihres

Gewebes gezeigt hatten, nur in unmittelbarer („indirecte Grosshirntheile"), die letzten zunächst in gar keinem corticalen Connex stehen.

In einem II. Versuch wurden einer jungen Katze ausser der ganzen rechten Grosshirnhemisphäre Steifenhügel und Linsenkern entfernt. Hier fanden sich nach 5 Wochen degenerirt:

Thalamus, pedunculus, Mark des rothen Kernes, Linsenkernschlinge, Luys'scher Körper und das Brückengrau zum Theil; atrophisch: linkes Kleinhirn, linker Bindearm und vorderer Zweihügel rechts; intact das centrale Grau (Oculomotoriuskern), hinteres Längsbündel u. a.

Nach beiden Versuchen ergiebt sich also, dass zu den directen, d. h. nach Rindendefecten degenerirenden Hirntheilen gehören: Thalamus (ausser dem ventralen Kern) und pulvinar, Luys'scher Körper, Subst. nigra, corpora geniculata, oberflächliches Grau des vorderen Zweihügels und das Brückengrau; zu den indirecten, also nach Rindendefecten wesentlich atrophirenden Grosshirnantheilen: Ventraler Thalamuskern, corp. mammillare, hinterer Zweihügel, Haube, Schleife, gekreuztes Kleinhirn und die proc. reticulares des Halsmarkes; dass hingegen vom Grosshirn zunächst unabhängig sind, weil weder degenerirend, noch atrophirend: Ganglion habenulæ, tænia thalami, centrales Höhlengrau, sensibler Trigeminuskern (im Gegensatz zu Hösel's Angaben!), formatio reticularis, Trapezkörper, Olive und innere Abtheilung des mittleren Kleinhirnstils.

Nach dieser allgemeinen Sonderung der Theile folgt die Aufgabe, die Abhängigkeit directer Grosshirnantheile von den einzelnen Rindenterritorien zu bestimmen. Zu dem Zwecke wurden in 4 weiteren Versuchen verschiedene Hirnrindengebiete exstirpirt:

Nach Entfernung des gyr. sigmoideus — III. Versuch — degenerirten: Vorderer ventraler und vorderer lateraler Kern des Thalamus, Gitterschicht, ein Theil der Pyramidenbahn (nur ein Theil!) und einzelne Zellen der Substantia nigra. Beseitigung der Region zwischen der Centralfurche und der Munk'schen Sehsphäre — IV. Versuch — hatte zur Folge: Degeneration des vorderen lateralen, vorderen ventralen, des ganzen medialen Thalamuskernes und der Pyramidenbahn (zu $^7|_8$), sowie Atrophie der Substantia nigra, des Brückengraues zum Theil, der Rindenschleife und einzelner Partien der Hinterstrangkerne.

Nach Exstirpation des Temporallappens — V. Versuch — im Umfange von Munk's Hörsphäre zeigten sich Degenerationen im hinteren Kniehöcker und seinem Stiel, sowie in der hinteren Gitterschicht, atrophische Veränderungen im hinteren Vierhügelarm, der hintere Vierhügelarm selbst, tubercul. acust., corpus trapezoides und Rindenschleife blieben intact.

Wurden endlich — VI. Versuch — der uncus fortgenommen, so wiesen der hintere laterale Thalamuskern, die Gitterschicht und das Vic d'Azyr'sche Bündel degenerative Veränderungen auf.

Auf Grund dieser und früherer (kurz resümirter) Versuche gelangt nun M. dahin, auf der Hirnoberfläche des Hundes und der Katze 15 Felder abzugrenzen, mit denen die verschiedenen Kerne der „directen Grosshirnantheile" unmittelbar verbunden seien (Zone des vorderen medialen Thalamuskernes, Zone des inneren Kniehöckers etc.).

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass der vordere Thalamuskern vom oberen Parietal-, der mediale vom Frontal-, der laterale vom unteren Parietal-, der ventrale vom Frontalhirn und hinterer Centralwindung, der hintere von dem Felde zwischen Seh- und Hörsphäre, dass der äussere Kniehöcker vom Occipital-, der innere vom Frontalhirn, endlich das corp. mammillare vom uncus abhängig ist.

Wie weit nun diese experimentell gewonnenen Ergebnisse sich auf die menschliche Hirnrinde übertragen lassen, lehren Beobachtungen von 3 frühzeitig erworbenen porencephalischen Defecten.

Im I. Fall folgte einer encephalo-malacischen Lücke in der 3. und dem unteren Ende der 2. Frontalwindung Entartung des vorderen Schenkels der inneren Kapsel, des medialen Abschnittes des pedunculus, des medialen und vorderen ventralen Thalamuskernes, sowie der zona incerta der regio subthalamica.

Der II. (auch klinisch sehr interessante) Fall zeigte einen Erweichungsherd in der 3. linken Stirnwindung, operculum, Insel, 1. Schläfenwindung und des dorsalen Abschnittes des putamen; secundäre Degenerationen aber in Linsenkernschlinge, Luys'schem Körper, zona incerta, innerem Kniehöcker, hinterem ventralen und medialen Thalamuskern, Haubenstrahlung, rothem Kern und in der Pyramide und Subst. nigra.

Im III. Fall — einzig durch einen grossen porencephalischen Defect im linken Kleinhirn — waren im Grosshirn erweicht: völlig die rechten Centralwindungen (ausser lob. paracentralis), partiell der gyr. supramarg., angularis und temporalis I; ausserdem war das ganze Temporal- und Occipitalhirn von seiner Verbindung mit dem Mittelhirn abgeschnürt.

Hier fanden sich degenerirt: der dorsale Abschnitt des rechten lateralen und der ventrale Thalamuskern, das pulvinar und der äussere Kniehöcker, der innere Kniehöcker und der hintere Kern, das Mark des rothen Kernes; in Folge des Kleinhirnporus der Bindearm (zu $^3/_4$), die gekreuzte Olive, das Grau der Brücke beiderseits und der Seitenstrangkern; atrophisch waren Schleife und rother Kern, intact medialer Thalamuskern, tuberc. ant., Linsenkernschlinge, putamen und Luys' Körper.

Auf Grund dieser eigenen und 11 anderweitig publicirter Fälle secundärer Degenerationen nach Grosshirndefecten glaubt nun M., die Rindenzonen der grauen Massen des Zwischenhirns folgendermassen begrenzen zu können:

1. Zone des corp. genicul. int. — die erste (zum Theil noch 2. und 3.) Schläfenwindung — der „Hörsphäre“ entsprechend;
2. Zone des corp. genicul. ext. — die „Sehsphäre“ zwischen cuneus, gyr. lingualis und 2. oder 3. Occipitalwindung;
3. Zone des pulvinar, ungefähr mit voriger zusammenfallend, doch weiter nach vorn reichend, bis in die 1. und 2. Parietalwindung;
4. Zone des hinteren (Thalamus-) Kernes — der gyr. occipito-temporalis.
5. Zone des ventralen Kernes: operculum hintere Central- und Supramarginalwindung;
6. Zone des medialen Kernes — 2. u. 3. Frontalwindung und vordere Insel;
7. Zone des lateralen Kernes — Gegend der Centralwindungen — noch nicht genau zu bestimmen;

8. Zone des tuberc. ant. — 1. Stirnwindung, gyr. paracentralis und fornicatus;
9. Zone des corp. mammillare — uncus und Ammonshorn;
10. Zone des Luys'schen Körpers — putamen und corp striatum;
11. Zone des rothen Kernes — wahrscheinlich des operculum;
12. Zone der Substantia nigra — 3. Stirnwindung, Insel, operculum;
13. Zone der vorderen Vierhügel — fast mit der des corp. genic. ext. coincidirend;
14. Zone des hinteren Vierhügels — die erste Schläfenwindung.

Mit der Feststellung der directen anatomischen und functionellen Abhängigkeit genannter Bezirke ist nun noch nichts über die Richtung der Verbindung gesagt, ob centrifugal oder -petal. Auch dies lässt genauere histologische Betrachtung entscheiden: Wenn nämlich die Verbindungszüge aus dem degenerirten Bezirke austreten (als Axencylinder), sollen mehr die Nervenzellen selbst, im umgekehrten Falle mehr das Zwischengewebe sich verändern (verdichten); da nun der Thalamus beide Arten von Degenerationen zeigte, muss eine doppelsinnige Verbindung mit der Rinde, hin und zurück, vorhanden sein.

Der vorletzte Theil der Arbeit enthält Postulate und Correcturen anderweitiger Anschauungen über wichtige functionelle Verbindungen, deren hauptsächlichste hier genannt seien:

1. Die Bahn des acusticus läuft nicht (wie Held angegeben hat) von den Kernen direct zur Rinde, sondern erfährt sicher eine Unterbrechung im inneren Kniehöcker, da die Degeneration nie über diesen hinausgeht (5. Versuch).
2. Die „Rindenschleife" läuft nicht (wie Hösel will) von den Hinterstrangkernen direct zur Rinde, sondern muss, nach Mahaim's Fund und v. M.'s Experimenten, der ihre Bahn weder von oben, noch von unten jemals über den Thalamus hinaus degeneriren sah, eine Unterbrechung in diesem erfahren (wie schon Meynert angab).
3. Der hintere Vierhügelarm endet im inneren Kniehöcker, der seinerseits mit der 1. Temporalwindung (Hörsphäre) in Verbindung tritt.
4. Den Luys'schen Körper verbindet die Linsenkernschlinge direct mit putamen und corp. striatum.
5. Der Bindearm degenerirt nach Grosshirndefecten nie direct, sondern atrophirt nur nach Degeneration des rothen Kernes; auch er enthält wahrscheinlich centripetal und -fugal laufende Fasern.

Der Schlusssatz bezieht die Resultate nochmals unter allgemeineren, vergleichenden Gesichtspunkten und betont namentlich 3 wichtige Punkte:

1. Die fortschreitende Centralisirung des Sehens und Hörens: Während die Fische im Wesentlichen mit dem vorderen Vierhügel sehen, mit dem hinteren hören, haben sich beim Menschen über das Pulvinar und den äusseren Kniehöcker zum Occipitalhirn und über den inneren Kniehöcker zum Temporalhirn eigene Bahnen für das rein psychische Sehen und Hören abgezweigt.
2. die Analogie im Aufbau aller sensiblen Bahnen: Wie nämlich die Kniehöcker in die optische und acustische, so ist der Thalamus in die Bahn der Tast- etc. Empfindungen, die Schleife, eingeschaltet

zwischen Hinterstrangkerne und Parietalhirn. v. M. sieht im Thalamus und den anliegenden Kniehöckern eine grosse Halte- und Schaltstation für alle der Rinde zugehenden Empfindungen.

3. Analogie auch mit der motorischen Bahn: Da nämlich Autor die Degeneration der Pyramidenbahn sich nie bis zu den Vorderhörnern, wohl aber und nur sich bis zum proc. reticularis des Halsmarkes resp. zur Zwischensubstanz zwischen Vorder- und Hinterhorn erstrecken sah, glaubt er hier auch eine Unterbrechung der motorischen Bahn annehmen zu müssen, durch Schaltzellen, welche eine Verbreiterung des Impulses auf mehrere motorische Zellen ermöglichen sollen.
4. Letztere Behauptung wird man nicht so leicht gegen die fast in Fleisch und Blut übergegangene Lehre vom ununterbrochenen Verlauf der Pyramidenbahn vertauschen; die anderen scheinen durch M.'s Versuche gesichert.

Ueberhaupt verleiht die Vollständigkeit der Uebereinstimmung zwischen Experiment am Thier und Befund am Menschen der Arbeit M.'s einen ebenso hohen Grad innerer Wahrscheinlichkeit als einen Reiz für Jeden, der sie liest, auch den Nicht-„Hirnanatomen".

In dieser Beziehung ist sie ein Exempel, das „aufgeht".

E. Trömner (Heidelberg).

---

3. Specielle Pathologie.

a) Nerven.

407) **Mader:** Zur Polyneuritis peripherica puerperarum et gravidarum. (Wien. klin. Wochenschr. 1895, 30.)

Verf. theilt 3 Fälle von Polyneuritis mit, die die characteristischen Symptome boten: schlaffe symmetrische Lähmungen mit degenerativer Muskelatrophie besonders an den Beinen, heftige Schmerzen in den betroffenen Gliedern oder grosse Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln, keine Blasenstörungen. In den beiden ersten Fällen Ausgang in Heilung, im 3. Tod an Tuberculose. Die beiden ersten schlossen sich direct an eine Entbindung (Fall 1 an eine normale, Fall 2 an eine mit starkem Blutverluste) an; der 3. trat während der Schwangerschaft, die durch Hyperemesis complicirt war, auf; nach Einleitung des Aborts zeigte er Besserung. In diesem Falle wurde die Diagnose durch die microscopische Untersuchung bestätigt. In allen Fällen bestanden psychische Störungen, im 1. anhaltende Verwirrtheit, im 2. Sinnestäuschungen, Angstzustände und Verwirrtheit, im 3. Apathie. Verf. weist darauf hin, dass es dieselben Störungen seien, die wir bei den puerperalen Psychosen beobachten und glaubt desshalb, dass die Polyneuritiden und Psychosen puerperalen Ursprungs eine gemeinsame Aetiologie aufweisen. Als solche nimmt er eine Schädigung des Organismus durch eine Art von Autointoxication des Blutes der Graviden an, die den Boden für die Entstehung beider abgiebt. Weitere Anlässe sind dann zur Entwicklung nöthig, z. B. 1. die normal verlaufende Entbindung mit den damit verbundenen Schmerzen und Aufregungen und dem plötzlichen Umschlag im mütterlichen Organismus; 2. starke Blutungen; 3. die Hyperemesis in graviditate; 4. puerperale Entzündungsprocesse. In

analoger Weise will Verfasser auch die tuberkulösen Polyneuritiden aufgefasst wissen.

Zum Schluss bringt Verfasser einige kritische neurologische Betrachtungen, die uns gewisse Eigenthümlichkeiten der Nervenkrankheiten, besonders der Polyneuritis, erklären sollen. Er wendet sich gegen die Edinger'sche Ersatztheorie, die er nur als ein ätiologisches Moment gelten lässt; ein anderes beruhe auf der Ungleichheit der Nerven in trophischer Beziehung, wodurch z. B. das stärkere Ergriffensein der unteren Extremitäten (lange Bahnen) erklärt werde; und schliesslich seien wir noch oft genöthigt, qualitative und quantitative Unterschiede der toxischen Einwirkung anzunehmen. Seine interessanten Erörterungen schliesst er mit der Annahme, dass die Subtilität der Structur einer Nervenfaser mit der Subtilität der Function in Parallele stehen müsse Die motorische Faser, welche nur die von der centralen Nervenzelle ausgehenden Reizschwingungen weiterleite, müsse in ihrer feinsten Structur zarter gedacht werden, als die sensible, welche für die von aussen stammenden Reize, mitunter sehr derber Natur, eingerichtet sein müsse. Diese Verschiedenheit ihrer feinsten Structur erkläre uns, dass die motorischen Fasern weit nachhaltiger und häufiger lädirt würden, als die sensiblen. Lehmann (Werneck).

---

408) **Max Levy-Dorn** (Berlin): Ein seltener Fall von Polymyositis und Neuritis. — Aus der Poliklinik des Prof. Oppenheim.

(Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 35)

Der 52jährige Patient bemerkte Anfang August 1893, dass ihm beim Herunterhängen des rechten Armes die Finger einschliefen. Mitte August Anschwellung des Armes mit unangenehmem Spannungsgefühl. Später Schmerzen (besonders bei Bewegungen in der Ellbeuge), die sich an der Innenseite des Oberarmes bis in die Achselhöhle zogen. Beschwerden und Schwellung nahmen bis Ende August zu, seitdem ab.

Der Status (31. Aug. 1893) ergab Schwellung des ganzen Armes, besonders in der Muskulatur des Biceps und der Innenfläche (am wenigsten betroffen die Streckseite), mässiges Oedem am stärksten im Sulc. occipit. int; Druckschmerz, mangelhafte Beugefähigkeit im Ellbogen und in den Fingergelenken, geringe Herabsetzung der Sensibilität an der Volarfläche der Finger im Medianusgebiet und Herabsetzung der Muskelerregbarkeit.

Nach einigen Wochen, während die Besserung bei der Behandlung langsam vorschritt, wurde eine beträchtliche Verdickung und Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme im Sulc. cubit constatirt, welche noch längere Zeit bestehen blieb.

Das Krankheitsbild, welches sich schwer unter die bekannten einreihen lässt, steht nach L. in der Mitte zwischen der eigentlichen Polyomyositis und der Neuromyositis (Senator) und bildet einen der möglichen Uebergänge zwischen beiden. Hoppe.

---

409) **A. Pieraccini**: Un caso di Emiatrofia faciale progressiva.

P. liefert als casuistischen Beitrag zur Kenntniss der Hemiatrophia facialis progressiva eine Krankengeschichte. Nach Strümpell finden sich bisher in der Litteratur nur 30 Fälle.

Es handelt sich um eine Nähterin, 18 Jahre alt; ein Vatersvetter, ein Bruder und eine Cousine der Mutter litten an degenerativer Psychose Normale geistige und körperliche Entwicklung. Menstruation mit 13 Jahren, regelmässig.

Die Störung begann mit dem 11. Jahr. Patientin begann den Mund etwas nach rechts zu ziehen. Dies wurde zunächst als Kunst aufgefasst. Nach einigen Minuten dunkle Verfärbung der Oberlippe rechts. Patientin wurde öfters aufgefordert, „sich den Mund abzuwischen, sie habe sich schwarz gemacht.“ Mit 15 Jahren deutliche Verdünnung dieser Stelle. Allmähliche Ausbreitung des Flecks und der Verdünnung über die rechte Gesichtshälfte. Der Fleck nahm dann allmählich schmutzig-weisse Farbe an und es zeigten sich kleine linsenförmige Pigmentflecken. Mit dem 15. Jahre Hinderniss beim Kauen wegen Einklemmung der Wange. Im 16. Jahre einige Monate hindurch anfallsweise auftretende Zuckungen an der rechten Wange, besonders bei Witterungswechsel, die von selbst wieder verschwanden. Danach an Stunden und Tagen anfallsweise beiderseits Nystagmus, subjectiv als Augenzuckungen empfunden, dauerte minutenlang.

Stat. präs: Physisch kräftig, psychisch normal. Deutliche Differenz beider Gesichtshälften, links blühend, voll, rechts verkleinert, welk, cadaverartig, die Weichtheile eng am Knochen anliegend, die Knochenränder scharf markirt. Nasenspitze nach rechts, Mundwinkel nach rechts oben. Rechtes Ohr kleiner. Haut und Weichtheile des rechten Gesichts verdünnt, trocken, schmutzig-weiss, mit zahlreichen kleinen linsenförmigen Pigmentflecken. Gaumenzäpfchen nach rechts, Zunge gerade, aber rechts verdünnt. Specifische Sinnesempfindung normal, Behaarung beiderseits normal, keine Motilitätsstörung. Thränen- und Speichelabsonderung normal. Talgsecretion rechts stark vermindert, Schweisssecretion stark vermehrt.

Aus der beigefügten Zeichnung nichts weiteres zu ersehen.

Wolff.

---

b) Gehirn.

410) **A. Jansen** (Berlin): Optische Aphasie bei einer otitischen eitrigen Entzündung der Hirnhäute am linken Schläfenlappen mit Ausgang in Heilung. (Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 35.)

Ein 31jähriger Schlosser, der Jahre lang an Ohrenlaufen gelitten hatte, erkrankte Juli 1892 unter Schmerzen im Ohre mit Frost, Delirien und heftigen Kopfschmerzen. Zunehmende Benommenheit Deutlicher Percussionsschmerz an der Schuppe und im linken Hinterhauptbein dicht hinter dem Warzenfortsatz. Grosse Nackensteifigkeit. Mässiges Fieber. Aphasie (sein ganzer Wortschatz bestand aus den Worten: Thut nicht weh). Bei Mangel an Reizungs- und Lähmungserscheinungen wurde die Diagnose auf einen oberflächlichen Hirnabscess im hinteren Abschnitt des linken Schläfenlappens mit extraduralem Abscess in der hinteren Schädelgrube gestellt. Bei der Operation wurden die Wände des Antrum sowohl nach der mittleren als nach der hinteren Schädelgrube necrotisch gefunden und es bestand im Anschluss an die Necrose des Tegmen tympani eine ausgedehnte Gangrän der Dura, sowie ein extraduraler Abscess über dem Tegmen. Die Arachnoidea und die Hirnsubstanz waren verfärbt; ein Hirnabscess aber war nicht vorhanden und die hintere Schädelgrube war völlig

frei geblieben. Die sensorische Aphasie muss als Herdsymptom in Folge directer Schädigung der Rindencentren an der unteren Fläche des linken Schläfenlappens und durch Fernwirkung auf benachbarte Windungen aufgefasst werden.

Nach der Operation trat aber noch, während sich das Bewusstsein aufhellte, eine eigenthümliche Störung des Sprachcentrums in die Erscheinung. Der Kranke vermochte vor das Auge gehaltene Gegenstände nicht zu benennen (partielle optische Aphasie), obwohl er sie meist erkannte und ihre Bestimmung angeben konnte. Durch alle anderen Sinnesorgane gelangte der Eindruck nicht nur zum Bewusstsein, sondern löste meist auch das betreffende Wort aus. Es war also nur die Verbindung zwischen dem Centrum für die optischen Erinnerungsbilder und dem Klangbildcentrum unterbrochen. Oppenheim, welcher den Kranken untersuchte, verlegte die Läsion in das Mark des unteren Scheitellappens, in die Verbindung zwischen Hinterhaupts- und Schläfenlappen. Auch eine am 6. Tage nach der Operation auftretende Incontinentia alvi spricht dafür, dass ausserhalb der Rinde der unteren Fläche des Schläfenlappens vorübergehende Läsionen bestanden. Nach 8 Tagen waren die aphasischen Störungen verschwunden und die Heilung nahm einen ungestörten Verlauf. Hoppe.

---

411) Prof. **Th. v. Openchowski** (Charkow): Ueber einen seltenen Fall von Erkrankung mit bulbären Erscheinungen, der in Genesung endigte.
(Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 32.)

Die 36jährige Patientin erkrankte Frühling 1892 plötzlich unter Bewusstseinsverlust. Die Erscheinungen schwanden, traten aber Anfang 1893 nach einem Schreck unter Verlust des Bewusstseins in alter Weise wieder auf. Sie klagte bei der Aufnahme in die Klinik Januar 1893 über Zittern in den Extremitäten, Unfähigkeit zum Gehen, Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule und der Nackenmuskulatur, über Sprach- und Schluckstörungen und Abnahme der Beweglichkeit der Zunge.

Es zeigten sich sämmtliche Hirnnerven mit Ausnahme des Opticus afficirt. Parese des rechten Facialis, Ptosis rechts, Beschränkung der Bewegungsfähigkeit des rechten Augapfels, besonders nach oben und aussen (Diplopie) und Accomodationsparese rechts, Parese der Zunge, des rechten Gaumensegels, Sprache sehr erschwert und undeutlich, Schluckbeschwerden. Gehör, Geschmack und Geruch rechts erloschen. An dem Processe waren ferner die Extremitäten betheiligt. Anästhesie der ganzen rechten Körperhälfte, Reflex rechts gesteigert, active Bewegungen rechts schwächer, starker Tremor in den emporgehobenen Armen und Beinen (rechts stärker), Ataxie der Extremitäten, besonders rechts und bei geschlossenen Augen, Gang ohne Stütze und bei geschlossenen Augen unmöglich, sonst mit Tremor und Taumeln verbunden. — Während der Behandlung besserte sich der Zustand allmählig, doch blieben die Sehnenreflexe constant erhöht, der Tremor beim Gehen und leichte Ptosis. F. glaubt alle Erscheinungen am besten durch eine Embolie und einen etwas höher liegenden wandständigen Thrombus in der rechten Art. vertebralis unterhalb des Abgangs der Art. spinalis ant. erklären zu können, wodurch der arterielle Zufluss zu den Bulbärcentren nicht vollständig aufgehoben, sondern nur ein Hinderniss für die richtige

Füllung der von der rechten Art. vertebralis und der von der rechten Seite der Art. basilaris abgehenden Endarterien geschaffen sei, so dass alle Centren der rechten Seite unter schlechteren Ernährungsverhältnissen stehen als die linksseitigen Die Lähmungserscheinungen an den Extremitäten lassen sich durch die Ernährungsstörung der Pyramiden, die Störungen des Gleichgewichts durch Ernährungsstörungen des Kleinhirns erklären.

Die Besserung (von der im Titel angekündigten Genesung kann keine Rede sein, Ref.), die auch weiter bestehen blieb, dürfte auf Durchgängigwerden der Embolie und Organisirung des rechtsseitigen wandständigen Thrombus zurückzuführen sein. Hoppe.

---

412) Prof. **H. Oppenheim:** Ueber 2 Fällevon Diplegia spastica cerebr. oder doppelseitige Athetose. — Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft 12.|VII. 1895.)

(Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 34.)

Die beiden Fälle betreffen Mutter und Tochter und zeigen eine beinahe photographische Aehnlichkeit.

Die 31jährige Mutter ist seit frühester Kindheit (wahrscheinlich seit Geburt; sie lernte erst im 6. Lebensjahre gehen, im 9. einige Krampfanfälle) mit einer Bewegungsstörung im gesammten motorischen Apparat des Rumpfes, der Glieder, sowie der Gesichts-, Kiefer-, Zungen-, Gaumen-, Schlund- und Kehlkopfmuskulatur behaftet, die sich als Combination von Schwäche oder Lähmung mit Spasmus und Athetose darstellt. Ausserdem ist sie, obgleich sie gut hört, absolut stumm. Nur beim Weinen und Lachen kommen entsprechende Phonationslaute zu Stande. Alle Bewegungen haben etwas krampfhaft Gespreiztes, grobe Kraft sehr herabgesetzt. Die Beine zeigen spastische Lähmung, die Füsse Varo-equinus-Stellung, bei Offenhalten der Hände deutliche Athetose. Intelligenz gut.

Bei der 10jährigen (unehelichen) Tochter ist das Leiden direct in seiner ganzen Vollständigkeit vererbt, nur etwas weniger ausgesprochen, vor Allem kann sie (seit einem Jahre) — wenn auch mit stärkster Dysarthrie — sprechen.

Die anatomische Grundlage scheint nach den bisherigen Erfahrungen in (fötal erworbenen) Läsionen beider Grosshirnhemisphären zu bestehen, die vorwiegend das motorische Gebiet betreffen (Entwicklungshemmungen). O. fand in einem Falle Porencephalie und Microgyrie. Hoppe.

---

413) **König** (Dalldorf): Ein Fall von congenitaler partieller Oculomotoriuslähmung bei cerebraler Kinderlähmung. — Vorstellung in der Gesellschaft der Charité-Aerzte 16|V. 1895.

(Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 33.)

Das 16jährige idiotische Mädchen fiel gleich nach der Geburt durch einen abnorm kleinen Schädel und durch Schielen auf. Bei der kürzlich erfolgten Aufnahme in die Dalldorfer Idiotenanstalt zeigte sie sich als eine typische Microcephalin mit erheblichem Zurückbleiben der rechten Kopfhälfte. Es bestand die spasmodische Form der cerebralen Kinderlähmung, also keine eigentliche Lähmung, sondern nur ausgesprochene Spasmen und erheblich gesteigerte Patellar- und Sehnenreflexe. Ausserdem zeigte sie eine

Reihe choreatischer Bewegungen im rechten Arm, in beiden Schultern, in der Gesichtsmuskulatur und in der Zunge. An den Augen bestand ausser einer Contraction des Orbicularis oculi eine partielle äussere Oculomotoriuslähmung ohne Betheiligung des Astes für den Levator palpebræ. Es liegt also wahrscheinlich eine in der Fötalzeit entstandene Kernerkrankung vor, wie die gesammten Störungen höchst wahrscheinlich auf fötale Hemmungsbildungen zurückzuführen sind. Hoppe.

414) **Wilhelm König** (Dalldorf): Cerebrale Diplegie der Kinder, Friedreich'sche Krankheit und multiple Sclerose.

(Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 33.)

Der 7½jährige Knabe war von Geburt an (die sehr lange dauerte, während der Schwangerschaft erlitt die an Gelenkrheumatismus leidende Mutter einen heftigen psychischen Shock) sehr schwächlich und apathisch. Im 4. Lebensjahre fing er erst an zu gehen und zu sprechen; die Sprache blieb immer langsam und undeutlich, der Gang unsicher. Lesen und Schreiben war ihm nicht beizubringen. In der Dalldorfer Idiotenanstalt zeigte er ausser mässiger Idiotie und starker Reizbarkeit Ataxie und Spasmen in den unteren Extremitäten, einen breitbeinigen unsicheren atactischen Gang (mitunter Schleuderbewegungen), beim Sitzen ohne Stütze deutliche Gleichgewichtsstörungen, beim Stehen ähnliche Coordinationsstörungen mit der Tendenz rückwärts zu laufen oder hinzustürzen. Die Ataxie wird bei Augenschluss nicht grösser, während sich durch psychische Einflüsse die Coordinationsstörungen steigern. Neben der Ataxie Herabsetzung der groben Kraft in beiden Beinen (rechts mehr), leichte Spasmen bei brüsken passiven Bewegungen, zuweilen Steigerung der Sehnenreflexe. In den oberen Extremitäten ähnliche Störungen, nur nicht so intensiv. Kein Nystagmus, Sprache verlangsamt, skandirend, mit grimmassirenden Mitbewegungen der Gesichtsmuskulatur. Facialisinnervation, besonders der Augenschluss unvollständig und ungleich (auf Ataxie der angeborenen Ungeschicklichkeit beruhend).

Indem Verfasser auf die Aehnlichkeit mit der Friedreich'schen Krankheit und der multiplen Sclerose hinweist, stellt er besonders auf Grund der Aetiologie (Gelenkrheumatismus der Mutter während der Schwangerschaft, psychischer Shock und protrahirte Geburt) die Diagnose auf die als Little-sche Krankheit bezeichnete Form von cerebraler Kinderlähmung und kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Es giebt, wie Freud zuerst gezeigt hat, Krankheitsbilder, deren Symptomencomplex zwar manche Verschiedenheit aufweist, welche aber trotzdem einerseits mit der Friedreich'schen Krankheit, andrerseits mit der multiplen Sclerose eine gewisse Aehnlichkeit zeigen, sich indessen von diesen beiden Krankheiten deutlich unterscheiden lassen durch ihre Aetiologie und ihre Entwicklung und gerade auf Grund dieser Momente bis auf weiteres in die grosse Gruppe der cerebralen Diplegie der Kinder zu verweisen sind.
2. Die pathologisch-anatomische Grundlage ist wahrscheinlich eine sehr verschiedene, intra vitam nicht näher zu bestimmende; speciell ist:

3. die Ursache der Coordinationsstörung noch unbekannt; dass ihnen eine Erkrankung des Kleinhirns zu Grunde liegt, ist bis jetzt nur eine Vermuthung.
4. Bei einer congenitalen Hypoplasie des Kleinhirns brauchen Coordinationsstörungen nickt vorhanden zu sein.

Hoppe.

415) **W. Friedberg** (Magdeburg): Zur Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen.

(Berl. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 33.)

Indem Verfasser auf die Forschungen und Resultate der Autoren bezüglich der Functionen des Kleinhirns hinweist, giebt er eine tabellarische Uebersicht über Symptome und Sectionsbefund bei 9 im städtischen Krankenhause zu Magdeburg beobachteten Fällen von Kleinhirnerkrankungen.

In keinem Falle war ein Trauma, 3 mal eine Mittelohreiterung vorangegangen. Beachtenswerth ist die verhältnissmässig kurze Dauer der Krankheit (durchschnittlich mehrere Monate). In der Mehrzahl der Fälle war Hinterhauptschmerz das erste Symptom, in 5 Fällen bestand ausgeprägte Nackensteifigkeit, welche mit dem Fortschreiten der Krankheit zunahm und höchst wahrscheinlich der Druckwirkung auf die Medulla zuzuschreiben ist. Erbrechen wurde in 8, Schwindel in 4 Fällen beobachtet. Bei 5 Patienten, welche längere Zeit in Beobachtung waren, wurde eine mehr oder minder grosse Abmagerung constatirt (entsprechend der von Luciani beobachteten allgemeinen Dystrophie nach Kleinhirnstörung), ohne dass jedoch Decubitus auftrat. Taumelnder Gang wurde nur in 2 Fällen constatirt, eine eigentliche Zwangslage nur in einem, Zwangsbewegungen in keinem Falle, Reizerscheinungen (Krämpfe der Streck- und Beugemuskeln) wurden in 4 Fällen beobachtet.

Im Allgemeinen fanden sich also die von Luciani nach Thierversuchen geschilderten Erscheinungen bestätigt. Für die Diagnose von Cerebellartumoren hält F. nächst dem Erbrechen folgende Symptome für characteristisch: Körpergewichtsabnahme, Hinterhauptkopfschmerz, Schwindel, Taumeln bis zur vollkommenen Unfähigkeit zu gehen und zu stehen, Zwangsbewegungen, Zwangslagen, sowie Krämpfe in der Streck- und Beugemuskulatur. Besonders betont F. aber das bisher wenig beachtete Symptom der Nackensteifigkeit. Für Kleinhirnabscesse können ausserdem Schmerzen in einem eiternden Ohr, sowie vorwiegende Empfindlichkeit des Proc. mastoideus von diagnostischem Werthe sein.

Hoppe.

B. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie.

416) **J. Roller**: Beitrag zur Erblichkeitsstatistik im Canton Zürich.

(Arch. f. Psych. 1895, p. 268.)

Verf. unterzieht hier das Material an Geisteskranken des Cantons Zürich in den Jahren 1881—1892 einer statistischen Bearbeitung, deren allgemeinere Resultate entschieden der Beachtung werth sind, so sehr auch specielle Zahlenangaben an der bekannten Unsicherheit gerade psychiatrischer Statistiken leiden, schon um der individuellen Vielgestaltigkeit der Grund-

begriffe und der Unsicherheit der Diagnostik willen. Um nur eins zu erwähnen, hängt die Procentzahl der Belastung Geisteskranker überhaupt natürlich durchaus von dem Umfange ab, den man dem Begriffe „Erblichkeit“ giebt, sonst könnten die Angaben der Autoren nicht um das Doppelte variiren. Desshalb hätte angegeben werden müssen, wie weit der Begriff Heredität noch genommen ist. R. berechnet nun eine Durchschnittsbelastung aller Irren von 78%, wovon 50% direct, und zwar Frauen häufiger als Männer, häufiger im Verhältniss von 81,7 : 74,8% belastet sind.

Was die Krankheitsformen betrifft, so sind, wie vorauszusehen, die angeborenen Psychosen am häufigsten, nämlich in 86%, die epileptischen am seltensten, in 65% der Fälle, belastet, dazwischen stehen einfache Psychosen in 81%, sowie alcoholische und paralytisch-senil-organische (eine sehr unverträgliche Gruppe) mit 70%. Tabelle III sucht die belastenden Momente zu dividiren: Einfache Psychose der Vorfahren belastete in 49%, Trunksucht in 20, Psychopathie in 19, Apoplexie in 5, Nervenkrankheit in 2,6, paralytisch-senil-organische Psychose dagegen nur in 2,1%. Auffallender Weise sind in dieser Eintheilung die epileptischen Psychosen nicht als gesonderte Gruppe aufgezählt.

Tabelle IV zeigt, wie stark jede der statistischen Gruppen durch jedes der von R. — in nicht gerade glücklicher Anordnung — genannten Momente (einfache, organische Psychosen, Apoplexien, Nervenkrankheiten, Psychopathie, Trunksucht und Selbstmord) belastet ist: Die ersten drei durch einfache Psychosen (50%), Psychopathie und Trunksucht (je 20%), die epileptischen besonders durch einfache Psychosen (60%) und Trunksucht, die alcoholischen hauptsächlich durch Trunksucht (40%).

Tabelle V vergleicht den Einfluss väterlicher und mütterlicher Heredität und findet, dass ein Uebergewicht des mütterlichen Einflusses über den väterlichen von ca. 48 : 25 besteht; nur Psychopathie belastet immer die Descendenz gleichen Geschlechtes, Trunksucht der Eltern immer die Söhne stärker, — selbstverständlich! Thatsächlich besteht viel häufiger (100 : 64) Belastung von Seiten des Vaters — das plus kommt auf Rechnung des potus — wenn aber schon, dann soll Belastung mütterlicherseits verhängnissvoller sein — um 48 : 25.

Es fragt sich nun, wie weit die Hauptfactoren der Belastung (Psychosen — 49%, Psychopathie — 19, Trunksucht — 20%) gegenüber von organischen und Nervenerkrankungen mit 2—2,5% überhaupt Geistesstörungen der Descendenz bedingen. Zum Vergleiche wird dazu die Belastung von 370 geistig Gesunden — NB. Wärter von Irrenanstalten — in Parallele gesetzt. Uon diesen 370 Gesunden sind zwar 59% belastet, aber relativ häufiger indirect und wohl häufiger durch potus, Apoplexie und Nervenkrankheiten, als die geistig Erkrankten. Sonach seien diese Momente von nur unerheblicher Bedeutung in der Belastungsfrage, höchst gefährlich für die Descendenz, dagegen Psychosen und auffallende Charactere in der Ascendenz.

Ausser diesen zieht R. noch folgende Schlüsse aus ihren Rechnungen:

1. Erbliche Belastung der Gesunden ist stärker als bisher angenommen und beweist die Wirksamkeit des degenerativen Factors;

2. Bei Trunksucht als erblichem Factor muss zwischen erblicher Aulage zur Trunksucht und directer Alcoholvergiftung des Keimplasmas unterschieden werden;
3. Belastung durch entfernte Verwandte ist unerheblich, wenn nicht mehrere Factoren auf den Belasteten fallen.

E. Trömner-Heidelberg.

417_0 **J. Voisin** et **R. Petit:** De l'intoxication dans l'épilepsie. (Arch. de Neurol. 1895, Nr. 98, 99, 100, 101, 102.)

Die vorliegende Arbeit, die sich schon wegen ihres Umfanges zu einem kurzen Referat nicht eignet und die es wohl verdient, im Original nachgelesen zu werden, behandelt nacheinander die Symptomatologie, die Aetiologie, die Pathogenese und die Therapie der Epilepsie. V. und P. betrachten die Epilepsie als ein hereditäres Leiden; je nach der Ursache, die dem Leiden bei besonders dazu disponirtem Nervensystem zu Grunde liegt, unterscheiden sie eine reflectorische Epilepsie und eine durch Intoxication hervorgerufene Epilepsie; bei der letzteren kann es sich um Auto- oder Hetero-Intoxication handeln. Die Anfälle bei beiden Arten unterscheiden sich sehr wesentlich von einander: dem Anfall durch Intoxication gehen stets eine Reihe constanter Störungen des Verdauungstractus voraus und bestehen auch fort während des Anfalls bezw. während einer Reihe sich dicht aufeinanderfolgenden Anfälle: ausser subjectiven Klagen über schlechten Geschmack, Appetitlosigkeit und Neigung zu Erbrechen constatirt man einen dicken, schmierigen Belag der Zunge. Der letzte Befund ist so constant und steht in so völligem Parallelismus mit dem Verlauf der Anfälle, dass man erst dann sicher sein kann, es werde kein weiterer Anfall mehr folgen, wenn auch die Zunge ihr normales Aussehen wieder bekommen hat. Ferner ist der vor oder während eines Anfalls oder einer zusammengehörigen Reihe von Anfällen gelassene Urin hypotoxisch, während er nachher deutlich hypertoxisch ist. Diese Resultate erhielten sie durch Thierversuche (Injection in die Venen), in deren Deutung sie eine bemerkenswerthe Vorsicht vorwalten lassen. Sie würdigen vollkommen die mancherlei Einwände, die man gegen solche Versuche erheben kann und auch erhoben hat (die äusserst wechselnde und zum guten Theil uns noch ganz unbekannte Zusammensetzung des Urins, die Schwierigkeit, mit genügender Sicherheit den toxischen Coëfficienten zu bestimmen, der sicher tödtlich wirkt und selbst bei einem so bekannten Gift wie Strychnin von 0,034 bis 0,230 mgr auf 1 kg Kaninchen schwankt, die verschiedene Reactionsfähigkeit der Thiere auf Gifte, je nach ihrer Grösse und je nachdem sie sich in der Verdauung oder im hungernden Zustand befinden etc) und sie haben daher versucht, den giftigen Stoff zu isoliren, was ihnen auch, wie sie ganz kurz mittheilen, in einzelnen Fällen gelungen ist. Gerade hierüber wären wohl etwas ausführlichere Mittheilungen erwünscht gewesen, denn eine sichere Entscheidung über Hypo- oder Hypertoxicität eines Urins dürfte wohl erst dann möglich sein, wenn es gelungen ist, das supponirte Gift qualitativ und quantitativ näher zu bestimmen; freilich stellen sich solchen Untersuchungen, wie wohl Jeder empfinden wird, der sich mit solchen Arbeiten abgiebt, derartige Schwierigkeiten entgegen, dass die Frage wohl noch einige Zeit ihrer Lösung harren

wird. — Alle diese und noch manche andere näher geschilderte und auf Intoxication zurückzuführende körperliche Symptome fehlen dem Anfall bei der reflectorischen Epilepsie, deren Verlauf und Prognose weniger ernst zu sein pflegt. Die Therapie hat sich darauf zu richten, der entstehenden Vergiftung vorzubeugen bezw. die Entfernung der schon gebildeten toxischen Stoffe aus dem Körper anzuregen und zu beschleunigen; ausser allgemeinen hygienischen Maassnahmen kommen daher namentlich in Betracht Laxantia, Diuretica, Magenausspülungen, Mittel, die zur Desinfection des Darmkanals dienen und Hydrotherapie. Die Therapie hat schon einzugreifen, sobald die ersten Vorboten der beginnenden Vergiftung (belegte Zunge etc.) sich einstellen. Falkenberg-Lichtenberg.

---

418) **Legrain:** Sur la pathogénie des attaques épileptiformes dans la paralysie générale. — Société médico-psychologique 26./X. 1894.
(Ann. méd. psych. 1895 I Nr. 1, S. 98 ff.)

Die Ueberlegung, dass epileptoide Anfälle der mannigfaltigsten Art und Intensität bei den verschiedensten Stadien der Paralyse vorkommen oder ganz fehlen können, ohne dass eine anatomische Grundlage zu finden ist (sie auf Kopfcongestionen resp. Hirnhyperämie zurückzuführen, ist keine Erklärung, sondern nur eine Verschiebung der Frage) hat L. zur Annahme geführt, dass die Anfälle durch eine Vergiftung des Blutes (Toxämie) herbeigeführt werden. Diese Annahme zu beweisen, machte L. in einem mit epileptiformen Krämpfen verbundenen Fall von progressiver Paralyse während einer längeren heftigen Attaque, in welcher schliesslich nach 26 Stunden der Tod erfolgte, eine halbe Stunde nach Beginn derselben dem Kranken einen Aderlass von 360 ccm Blut, worauf übrigens die Krämpfe wesentlich schwächer wurden und die Temperatur von 40,6° auf 39,6° C. fiel und gab mit dem daraus gewonnenen Serum drei Kaninchen Infusionen in die Randvene des Ohres. Bei dem ersten Kaninchen trat bald nach Beginn der Infusion Exophthalmus und Verengerung der Pupillen auf, welche sich, nachdem 35 ccm eingespritzt waren, wieder erweiterten, während die beschleunigte Athmung sich plötzlich verlangsamte und unter Angst plötzliche allgemeine Convulsionen ausbrachen, die schliesslich zur tetanischen Starre führten. Nach Infusion von 40 ccm Tod.

Aehnliche Erscheinungen bei den beiden anderen Kaninchen. Obgleich der toxische Coefficient bei normalem Blute nicht sicher festgestellt ist, so glaubt L. doch behaupten zu können, dass das Serum in diesem Falle, hypertoxisch war. Die Section der Kaninchen ergab ein negatives Resultat es fand sich keine Spur von Thrombose, wie nach Infusion von normalem Menschenblut.

Bei der Obduction des Paralytikers zeigte sich ausser den Veränderungen im Gehirn hochgradige Hyperämie und Granularatrophie der Nieren, Vergrösserung und Sclerosirung der Milz, vollständige Verfettung der Leber. L. glaubt, dass die Toxicität des Blutes durch die schweren Veränderungen dieser Drüsen erklärt werde.

L fasst seine Ansicht in folgenden Sätzen zusammen:

1. Zur Erklärung der epileptiformen und apoplectiformen Anfälle der Paralytiker thut man gut, nicht allein auf die Läsionen des Central-

nervensystems zu achten, sondern in manchen die Folgen einer schweren auf Affection anderer Organe beruhenden Ernährungsstörung zu sehen.
2. Bei den Paralytikern, besonders bei denen mit schweren Anfällen, kann die Toxicität des Blutes vermehrt sein und zu ähnlichen Erscheinungen führen wie die Urämie.
3. Das Blutserum ist das Vehikel für die Gifte. Injectionen desselben führen bei Thieren schon in geringer Dosis zum Tode durch Krämpfe und Erscheinungen, welche an die durch intravenöse Injection von Urin Convulsiver hervorgerufenen Symptome erinnern.
4. Diese Urotoxämie dürfte ihre Erklärung nicht nur in Affectionen der Niere, sondern auch anderer Organe, wie der Leber finden.
5. Von Anfällen werden diejenigen Paralytiker frei bleiben, welche bis zum Tode ihre Nierenfunction intact erhalten.
6. Die Krampfanfälle werden als Zeichen mehr oder weniger schwerer Veränderung der Bauchorgane ein Beweis dafür sein, dass die progressive Paralyse nicht immer eine sich auf das Centralnervensystem beschränkende Krankheit ist. Das zeigt auch die Häufigkeit der Arteriosclerose, welche als Bindeglied zwischen den einzelnen Organerkrankungen betrachtet werden kann.
7. Als therapeutische Folge würde sich zur Entladung des Blutes von seinen giftigen Bestandtheilen ein reichlicher Aderlass ergeben, welcher auch in der That bei zahlreichen Fällen dem Verfasser ausgezeichnete Dienste geleistet hat. Hoppe.

---

419) **Bourneville** et **Boyer**: Traitement et éducation de la parole chez les enfants idiots et arriérés.

(Arch. de Neurol. 1895, Nr. 102.)

Der Sprachunterricht hat zu unterscheiden zwischen Idioten, die gar nicht sprechen und solchen, die schlecht sprechen. Bei den ersteren ist Voraussetzung für einen Erfolg des Unterrichts, dass sie hören können. Auf diesen intacten Sinn hat man zunächst einzuwirken und durch wiederholte Uebung ist das Kind dahin zu bringen, dass es einem in seiner Umgebung hervorgebrachten Ton oder Geräusch seine Aufmerksamkeit zuwendet; ebenso ist der Gesichtssinn zu beschäftigen dadurch, dass der Lehrer gleichzeitig mit dem Kopf und den Armen gleichmässige Bewegungen macht, die das Interesse des Idioten anregen werden. Die nächste Aufgabe ist, das Kind zum Nachahmen dieser Bewegungen zu bringen, wobei zweckmässig die betreffenden Bewegungen zunächst von einer zweiten Person passiv bei dem Kinde hervorgerufen werden; auch ein Spiegel, in dem das Kind sich selbst beobachten kann, leistet hin und wieder gute Dienste. Erst nachdem diese Uebungen genügend oft und erfolgreich wiederholt sind, kann man daran gehen, mit dem eigentlichen Sprachunterricht zu beginnen, wobei man zunächst im Allgemeinen mit den Labiaten als den am deutlichsten durch das Gesicht wahrnehmbaren und auch am leichtesten nachzuahmenden Buchstaben anfangen wird. Auch der Erfahrungssatz, dass Kinder meist Doppelsilben leichter aussprechen als einfache (papa leichter als pa) ist hierbei zu berücksichtigen. Allmählich gelangt man zu ganzen Wörtern und muss dann darauf achten, dass das Kind mit dem einzelnen

Wort auch einen bestimmten Begriff verbindet; dies gelingt am leichtesten bei concreten Objecten, die gleichzeitig vorgezeigt und vorgesprochen werden. Fehlerhafte oder schlechte Aussprache ist hierbei zunächst unberücksichtigt zu lassen, vorausgesetzt, dass das Kind stets den gleichen fehlerhaften Ausdruck für denselben Gegenstand anwendet. Allmählich wird man dann den Sprachschatz durch Adjectiva bereichern, indem man den Schüler veranlasst, ihm bekannte ähnliche Gegenstände zu vergleichen, wobei man den einzelnen Dingen entsprechende Adjectiva als Unterscheidungsmerkmale beilegt. Auf ähnliche Weise wird man ihm die Zeitwörter beibringen, wobei man freilich auf eine regelrechte Conjugation, Unterschied der Tempora oder Modi verzichten muss. — Bei den Idioten, die wohl sprechen, aber nur schlecht sprechen, sind zunächst soweit als möglich eventuelle organische Bildungsfehler der Sprachwerkzeuge zu beseitigen, und im Uebrigen hat man sich streng an die physiologischen Gesetze der Lautbildung zu halten und unter Umständen durch passive Richtigstellung der Lippen, der Zunge etc. nachzuhelfen. — Einzelheiten mögen in der Arbeit selbst nachgelesen werden. Falkenberg-Lichtenberg.

---

420) **Chervin**: Bégaiement et autres défauts de prononciation. (Petite Encyclopédie médicale, XXII. Volume.)
(Paris, Société d'édition scientifiques.)

Verfasser ist Leiter einer Anstalt für Sprachgebrechen. Das Bändchen enthält in gedrängter Form seine Ansichten über die Natur des Stotterns und eine Schilderung seiner Heilmethode. Chervin ist offenbar ein ausgezeichneter Practiker, nur ist zu bedauern, dass ihm die Resultate der modernen Neurologie nicht vollkommen zu Gebote stehen, sonst wäre ihm nicht entgangen, dass es sich in den von ihm als besonders merkwürdig mitgetheilten Krankengeschichten in erster Linie um allgemeine Neurosen handelt, bei welchen das Symptom des Stotterns nur eine untergeordnete Rolle spielt.

Was die Aetiologie des Stotterns angeht, so ist auch Chervin der Ansicht, dass es meistens starke emotionelle Eindrücke sind, besonders Schreck, welche namentlich im kindlichen Alter das Sprachvermögen bei stark impressionablen Individuen in der gedachten Weise schädigen. Dass letzteres gerade gegen das Ende des ersten Decenniums besonders vulnerabel ist, geht daraus hervor, dass die Zahl der transitorischen Aphasien, wie sie z. B. beim Typhus beobachtet werden, bei Kindern dieses Alters bedeutend höher ist als sonst; auch soll mit dieser Thatsache zusammenhängen, dass das Stottern bei Knaben viel häufiger gefunden wird, als bei Mädchen, da erstere durch die wilden Spiele und gewagten Streiche leichter starken Schreckeinwirkungen ausgesetzt sind als jene. Zweifellos spielen auch Heredität und individuelle Constitution des Nervensystems eine grosse Rolle

Chervin's Heilmethode besteht in gymnastischen Sprachübungen. Zunächst regulirt er das für den Stotterer so wichtige Einsetzen der Phonation beim Beginn der Expiration. Hierauf übt er die schulgerechte Aussprache erst der Vokale, dann der Consonanten. In der ersten Woche muss der Patient ausser den täglichen Uebungsstunden absolutes Schweigen beobachten. Im Ganzen dauert die Kur drei Wochen. Während einiger Monate nach

Beendigung derselben muss der Schüler indess die Uebungen täglich privatim fortsetzen. Ausserdem wird angestrebt die Erwerbung der zum Sprechen nöthigen Ruhe, an welcher es dem Stotterer meist fehlt, und die genaue vorherige Formulirung dessen, was gesagt werden soll („Valonté d'exprimer“). Ueberhaupt geniesst der psychische Factor bei der Behandlung des Stotterns dieselbe Beachtung als der technisch-phonatische.

Am Schlusse behandelt Chervin die Beseitigung der geringeren Sprachfehler und die orthophonische Kur nach erfolgter Gaumenspaltenoperation. Die Sprache der solchergestalt Operirten ist nach seiner Erfahrung auf keine Weise vollkommen normal zu machen, doch lässt sich immerhin durch lange fortgesetzte Uebung vieles erreichen. Jentsch.

---

2. Specielle Psychopathologie und Therapie.

421) **Hubert C. Bristowe** (Somerset and Bath Asylum): A further contribution on the relationship between chronic renal disease and general paralysis of the insane.

(Journ. of ment. science 1695, Juli, S. 422.)

Seit seiner letzten Veröffentlichung über das gleiche Thema (cf. Referat Nr 305 dieses Blattes) hat Verf. noch mehr Material zusammengetragen, das seine Vermuthung bestätigt, dass Nierenkrankheiten, im Besonderen die interstitielle Nephritis, häufig bei Geisteskranken vorkommen, besonders häufig sich aber bei Paralytikern finden. Er verfügt jetzt über eine Statistik von 8446 Fällen von Geisteskrankheit (aus den Bath and Somerset Asylum, dem Colney Hatch und dem Banstead Asylum); von diesen wurden bei der Section in 48,867 % Erkrankung der Nieren constatirt, oder, abzüglich von 12 % Paralytikern und 4 % Personen über 60 Jahren (wegen der in höherem Alter häufigen cirrhotischen Veränderungen der Organe) in 32 %. Von 266 obducirten Paralytikern (aus dem Bath and Somerset Asylum, den Dorchester, Bristol und Gloucester Asylums) fanden sich bei 183 = 68,6 % Nierenerkrankungen. B. macht gleichzeitig darauf aufmerksam, dass die Frühveränderungen in der Niere einer macroscopischen Untersuchung entgehen können, und erwähnt als Beleg hierfür einen von ihm selbst beobachteten Fall, in dem die Nieren eines nach nur 6monatlicher Krankheitsdauer verstorbenen Paralytikers sich macroscopisch als gesund erwiesen, microscopisch aber die von B. auch sonst an Paralytikern gefundenen Veränderungen an den Gefässen (Verdickung der Wände etc.) darboten.

Ferner glaubt B. gefunden zu haben, dass die durchschnittliche Dauer derjenigen Fälle von Paralyse, in denen ein Nierenleiden vorhanden war, 2 Jahr 2 Monate betrug, die derjenigen Fälle aber, in denen ein solches nicht gefunden wurde, nur 1 Jahr 9 Monate.

Er hält an dem toxischen Ursprunge der Paralyse fest und glaubt, dass hauptsächlich der Alcoholmissbrauch und die Syphilis die Veränderungen in den Nieren herbeiführen. Buschan.

---

422) **Reginald Farrar** (Stamford and Rutland General Infirmary): On the clinical and pathological relations of general paralysis of the insane. (Journ. of ment. science 1895, S. 460.)

Verfasser versucht den Nachweis zu geben, dass die allgemeine Paralyse der Irren keine Krankheit sui generis ist, sondern nur einen Symptomencomplex darstellt, der durch eine interstitielle corticale Encephalitis, gleichviel aus welcher Ursache, bedingt wird, und dass dieselbe mit verschiedenen anderen Psychosen-Varietäten, die man bisher als besondere Formen aufgefasst hat (z. B. der Paralyse ohne Geistesstörung Gowers, der allgemeinen spastischen Paralyse Redcliffe's, einzelnen Formen der Tabes, der disseminirten Hirnsclerose Charcot's, der Bleiencephalopathie Tanquerel's, gewissen Formen der Gicht-Insanity, der syphilitischen Alcohol-Insanity Clouston's und Voisin's, gewissen Fällen von Congestionen und chronischer Eiterung des Gehirns, einer grossen Anzahl Fälle von Cerebritis u. a. m.) identisch ist, d. h. pathologisch, wenn diese klinisch auch einen differenten Typus aufweisen. Buschan.

---

423) **Edwin L. Dunn** (Berks County Asylum): Case of general paralysis occuring in a girl aged nine and three-quarter years. (Journ. of ment. science 1895. Juli. S 482.)

$9^3/_4$jähriges Mädchen aus einer angeblich in jeder Hinsicht gesunden Familie erlitt im Jahre 1893 (Ostern) einen Fall, der indessen keine momentanen ernsten Folgen hatte, denn das Kind ging nach wenigen Tagen bereits wieder zur Schule Seitdem erschien es den Eltern „ziemlich sonderbar". Seine geistigen Fähigkeiten waren seinem Alter entsprechend.

Ein halbes Jahr später Aufnahme ins Hospital. Hier wurden Hydrocephalus und Chorea constatirt. Nach 3 Wochen stellten sich maniakalische Anfälle, abwechselnd mit depressiven Zuständen ein. Pupillen ungleich. Temperatur betrug zu einzelnen Zeiten des Nachts 90° F, einmal auch 100,4°. — Am 18. November zeigte sich das Kind lärmend, schreiend und die Mitkranken belästigend. Daher verlegt. Darauf kam eine deutliche Psychose zum Ausbruch. Es stellten sich öfters plötzliche Schreianfälle ein; zu Zeiten war das Kind ruhelos und heftig, zu anderen wieder schweigsam und deprimirt. Es erkannte nicht seine Eltern, beklagte sich über angeblich verloren gegangenes Geld (die einzigen Grössenideen?). Es begannen sich Sprachstörungen zu zeigen.

Bei der nun folgenden Aufnahme ins Berk Asylum war das Mädchen anämisch. Pupillen von mittlerer Weite; rechte normal reagirend, linke starr. Patellarreflexe fehlend. Puls 104. Zustand tiefer Demenz. Keine Antworten auf Fragen, beständiges Schreien ohne Ursache Ist bösartig, beisst und kratzt ihre Umgebung. Unreinlich, muss gefüttert werden. — Im April 1894 stellte sich die Menstruation ein, ohne indessen eine Veränderung im Befinden der Kranken herbeizuführen. Der psychische Zustand verschlimmert sich progressiv. Am 18. September epileptiforme Krämpfe, hauptsächlich der rechten Seite, die von Parese gefolgt waren. Es stellten sich Schluckbeschwerden ein, die bald zur Unfähigkeit zu schlucken führten. Die Kranke blieb zu Bett und knirschte beständig die Zähne. Am 26. Februar Tod nach 15—16monatlicher Dauer. Die Section bestätigte die Diagnose: Allgemeine Paralyse der Irren. Buschan.

---

424) **R. Wait Parsons** (Sing Sing N. Y.): Notes on a case of general paresis with special reference to the study of the relations between the temperature, pulse rate and respiration.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 7, Juli)

Peterson und Langdon haben vor einigen Jahren die Behauptung aufgestellt, dass die durchschnittliche Körpertemperatur bei Paralytikern sowohl im Allgemeinen als auch hinsichtlich der Tagesschwankungen der physiologischen Norm entspräche, und dass, wenn stärkere Variationen sich bemerkbar machten, diese nicht durch die Krankheit per se bedingt würden, sondern durch thermogene Factoren, z. B. Pneumonie, die der Untersuchung des behandelnden Arztes zumeist entgingen.

Verfasser hat nun in einem Fall von progressiver Paralyse Wochen lang und in den verschiedensten Stadien der Krankheit hinsichtlich des Verhaltens der Temperatur, des Pulses und der Athmung Beobachtungen angestellt, indessen die Erfahrungen der beiden oben genannten Autoren nicht bestätigen können. Er stellte fest, dass die Körpertemperatur, ganz unabhängig von Complicationen oder Krampfanfällen, nicht unbeträchtliche Tagesschwankungen zeigt und im Uebrigen auch sonst unregelmässig verläuft, ferner, dass zwischen Temperaturhöhe, Pulsfrequenz und Respirationsfrequenz keinerlei Beziehungen bestehen. Buschan.

---

425) **Bamford, Thos.** (Poughkeepsie, N. Y.): Report of a case of melancholia attonita.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 6.)

31jährige Frau, von väterlicher Seite her mit Geisteskrankheit stark belastet, zeigte im Anschluss an ein Wochenbett eine Depression mit Suicidgedanken, die gegen 8 Monate anhielt, darauf für kurze Zeit Aufregungszustände mit Wahnideen und verfiel schliesslich in katatonischen Stupor. — Active Beweglichkeit der Muskeln war nie vorhanden; bei passiven Versuchen setzte die Kranke stets heftigen Widerstand entgegen. Die Beine gegen die Unterschenkel, diese gegen das Abdomen gebeugt, beharrte sie beständig in derselben Stellung, die sie spontan niemals wechselte. Die Stirn war stets stark gerunzelt, die Lippen schnauzenartig vorgestreckt. Die Gesichtsmuskeln ebenfalls stark contrahirt Unfreiwilliger Abgang von Urin und Stuhl. Nach ziemlich 10monatlicher Dauer ging dieser katatonische Zustand mehr und mehr in Demenz über.

Bemerkenswerth erscheint, dass niemals Verbigeration beobachtet wurde; übrigens sprach die Kranke während der ganzen Beobachtungszeit kein einziges Wort. Buschan.

---

426) **P. Näcke:** Der Alcohol in Irrenanstalten.

(Zeitschrift f. Krankenpflege 1895, Nr. 6.)

Verfasser wendet sich gegen die bekannten Forderungen Forel's, dass der Alcoholgenuss aus den Irrenanstalten absolut zu verbannen sei. Seinen Erfahrungen nach gäben leichtes Bier und Wein für chronische Geisteskranke aller Art, selbst für Epileptiker, nicht nur ein schätzbares Genuss-

mittel ab, sondern verdienten als Belohnungsmittel noch besondere Empfehlung. „Wir haben sogar im Biere eine werthvolle Unterstützung der psychischen Therapie, indem dasselbe für Fleiss gegeben und bei eingetretener Faulheit wieder entzogen wird.“ Schaden will Verfasser, mässigen Gebrauch und beste Qualität vorausgesetzt, nie erlebt haben.

Weniger Bedeutung will N hingegen dem Alcohol als Therapeuticum (Analepticum, Schlafmittel, Vehikel für widerspenstige Kranke) in Irrenanstalten beigelegt wissen; er meint, dass man diese Seite seiner Anwendung leichter fallen lassen kann

Anders liegen die Dinge für die Privatpraxis. Weil hier alle Controlle fehlt, wird der Practiker, namentlich wenn er, wie meist, keine oder nur ungenügende psychiatrische Ausbildung besitzt, gut thun, jeden Alcoholgenuss principiell zu verbieten.

Zum Schlusse betont N. noch, dass Thee und Kaffee viel eher als Gifte aufzufassen seien als Alcohol. Buschan.

---

427) **Galdi, Raffaeli:** La suggestione nella psicoterapia.
(Il Manicomio moderno, X, 1894, Heft 3, S 315.)

Verfasser berichtet über einen Fall von Wachsuggestion bei einer hysterischen Psychose. Die Kranke hatte stets behauptet, dass sie nur durch einen „Spiritist, der ihr die Schlangen aus dem Körper nähme“, geheilt werden könne und genas, nachdem alle möglichen Mittel ohne Erfolg angewendet waren, in der That dadurch, dass eine als Zauberer verkleidete Person bei magischer Beleuchtung ihr eine im Aermel verborgene Eidechse aus dem Munde zog und anderen Hokuspokus trieb.

Im Anschluss an diese Beobachtung citirt G. die Aussprüche einer Reihe von Autoren, die sich mit der Wachsuggestion als Therapeuticum beschäftigt haben und resümirt seine Ansicht dahin, dass die Wachsuggestion in höherem Grade als die Hypnose in der Psychotherapie von Nutzen ist, dass man sie aber nicht schematisch ausführen solle, sondern sie in jedem einzelnen Falle modificiren möge. Buschan.

---

428) **Talford Talford-Smith** (Royal Albert Asylum, Lancester): Cases of sporadic cretinism treated by thyroid extract.
(The Journ. of men‘.science 1895, April, Nr. 137.)

4 Fälle von typischem sporadischem Cretinismus (der 3. Klasse nach Horsley's Eintheilung angehörig: Allmählige Entwicklung in der frühesten Kindheit, nicht congenital), die erfolgreich mit Schilddrüsenextract (täglich 5 g der Tabloids von Barroughs und Wellcome) behandelt wurden.

Dieselben betreffen 3 Mädchen (von 19, 17 und 15½ Jahr) und einen Knaben (10 Jahr). Verfasser schildert die Familiengeschichte, Entwicklung und den gegenwärtigen Habitus dieser 4 Persönlichkeiten. Ausführlich theilt er ferner ihre Schädel- und Körpermaasse, sowie ihr Gewicht mit

Der Erfolg der Behandlung tritt deutlich an den Abbildungen hervor, die die Kranken vor und nach derselben illustriren. Der Verlauf bot nichts Besonderes. Zuerst eine Abschuppung der Haut und Rückkehr ihrer normalen Beschaffenheit. Allmähliges Zurückgehen des myxödematösen Zustandes. Die bis dahin ausgebliebene Dentition stellte sich ein. Gleich-

zeitig machte sich ein rapides Längenwachsthum des Körpers bemerkbar.

Fall 1.	1892.	August:	Körpergrösse	44	Zoll.
	1893.	„	„	44	„
	„	September: Beginn der Behandlung			
	1894.	Januar:	Körpergrösse	46	Zoll.
	„	März:	„	$46^{3}\|_{8}$	„
	„	Juli:	„	47	„
Fall 2.	1884.	Februar:	Körpergrösse	$33^{1}\|_{2}$	„
	1889.	Juli:	„	41	„
	1892.	April:	„	44	„
	1893.	März: Beginn der Behandlung.			
	„	April:	Körpergrösse	$44^{1}\|_{2}$	Zoll.
	1894.	Juli:	„	$46^{3}\|_{4}$	„
	„	October:	„	49	„

Mit der Besserung des somatischen Befindens ging Hand in Hand eine solche des psychischen Verhaltens. Der phlegmatische Zustand machte Platz einer spontanen Thätigkeit. Der Gesichtsausdruck wurde lebhafter und intelligent. Freudigkeit und Traurigkeit wechselten nunmehr ab etc.

Im Verlaufe der Behandlung wurde das Schilddrüsenpräparat für einige Monate einmal ausgesetzt. Während dieser Zeit machte sich ein langsamer und gradueller Rückfall im psychischen und somatischen Verhalten wieder bemerkbar, der zweimal so schnelle Fortschritte machte als die bisherige Besserung. Buschan.

---

429) **Thomsen**: Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen und verwandten psychischen Zuständen.

(Arch. f. Psych. 1895, 2. Heft, p. 319.)

T. theilt hier eine Casuistik von 7 Fällen des sogenannten Zwangsirreseins mit, die bestimmt sein sollen, die Westphal'sche Auffassung zu stützen, nach der genannte Zustände als idiopathische, acut entstehende und heilbare Psychose auftreten können.

Wenn nun gewichtige Autoren (Magnan, Kräpelin, die Mehrzahl der französischen Autoren u. A.) in den psychischen Zwangsvorgängen nur Erscheinungsformen des degenerativen Irreseins sehen, so werden Th.'s Fälle besonders sorgfältig auf ihre Beweiskraft für Westphal's Auffassung hin zu prüfen sein. Dazu kommt, dass es 3 Psychosen giebt, die nicht selten das Bild eines Irreseins durch Zwangsvorstellungen nicht nur symptomatisch vortäuschen, sondern auch, in Folge ihrer Eigenthümlichkeit, weitgehende Remissionen zu bilden, den Anschein erwecken können, als ob es sich um ein in Heilung geendetes Zwangsirresein gehandelt hätte: das sind die Catatonie, die Paralyse und gewisse (namentlich depressive) Formen des periodischen Irreseins.

Bei Th.'s 1. Fall nun ist die (in der Besprechung übrigens nicht erwähnte) Möglichkeit, dass es sich um eine Catatonie handle, nicht sicher auszuschliessen: Ein 16jähriger Knabe, erblich nur wenig belastet, guter Schüler, bekommt im 13. Jahre psychische Zwangszustände (délire du toucher), stumpfe, thierische Töne, unter Steigerung der Zwangszustände starken Negativismus und triebartige grobe Insulte gegen die Umgebung;

er symbolisirte Zahlen, nannte seine seltsamen Handlungen „kleine Opfer und Pflichten", schläft „oft halbausgezogen auf seinem Bette ein", meint schief zu sein, bekommt bei kleinstem Anlass Wuthausbrüche gegen sich und andere, mit grobem Schimpfen (Sau, Saukerl), Coprolalie, grunzenden Lauten und ticartigen Zuckungen und Verdrehungen, ist schliesslich in ewiger Erregung, „unfähig, sich zu irgend etwas zu concentriren" und wird „völlig ungeheilt" entlassen.

Alles dies widerspricht in nichts einer Catatonie. Der differentialdiagnostische Beweis vom Gegentheil fehlt.

Die zweite Möglichkeit, dass die Zwangszustände nur symptomatisch, dass aber in Wirklichkeit eine Paralyse vorliegt, hätte beim 6. von Th.'s Fällen erwogen und eventuell zurückgewiesen werden müssen. Wenn nach bisher intacter Gesundheit im mittleren Lebensalter plötzlich Zwangsvorstellungen auftreten, so besteht selbst beim Fehlen aller körperlicher Symptome Verdacht auf Paralyse. Ref. glaubt dies hier besonders betonen zu müssen, als selbst unter Krafft-Ebing's Fällen eine „Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen" (Lehrbuch, 4. Aufl., p 536, Beobachtung 65) sich eine Paralyse — zu finden scheint.

Th.'s Fall ist folgender: Ein 33jähriger Kaufmann, schwer belastet, aber früher „ganz gesund", gesellig und „regelmässigen Verkehr mit Puellen" pflegend, erleidet ein Kopftrauma; danach Arbeit in grosser Hitze; danach Reizbarkeit und voreilige Verlobung, danach Krankheitsgefühl, Zerstreutheit, die Zwangsideen, das Mädchen nicht zu lieben und schliesslich eine Art Selbstmordversuch, d. h. er springt ins Meer, „rettete sich aber, da er schwimmen konnte"; von da an bei beständigen Zwangsgrübeleien ewiges Schwanken zwischen Krank- und Gesundsein, zwischen Depression und Exaltation: er verliebt und verlobt sich achtmal, schreibt indessen der ersten „Braut" „eine Masse imaginärer Briefe", „quatscht" von allen anderen, ohne sich zu einer entschliessen zu können, verlobt sich schliesslich noch mit einer „Nr. IX"; ist zeitweise „ganz stupid", scheint dem Bruder „wie benommen", fühlt sich selbst trotzdem zeitweise „ganz lustig, energisch, kraftvoll"; hat förmliche „Anfälle" von Depression und Apathie, macht „fast den Eindruck eines Paralytikers (p. 361) und entschliesst sich endlich auf den Rath der Aerzte" zur Hochzeit — die doch unter allen Umständen hätte verhütet werden müssen, da Patient, wenn nicht Paralytiker, so doch Hereditarier schlimmster Sorte sein musste! —; zuvor aber stürzte er sich auf einer Reise nach England ins Meer. Trotz alledem „kann, nach Th., über die Zugehörigkeit des vorstehenden Falles zur Gruppe der echten Zwangsvorstellungen ein Zweifel nicht wohl obwalten"; er soll zeigen, wie eine Zwangsvorstellung 5 Jahre lang die Krankheit verursacht und begleitet. Auch das scheint aus den Tagebuchsnotizen des Patienten nicht hervorzugehen, da 1. die drückenden Vorstellungen oft wechseln und 2. Patient selbst schreibt, „so lange ich Zwangsvorstellungen hatte, war ich glücklich, jetzt hemmt die Krankheit alle Gefühle"; er also selbst das Gefühl hatte, dass die Zwangsvorstellungen nicht das Wesen seiner Krankheit bildeten. Auch Ref. glaubt, dass die „Zwangsvorstellungen" hier nur symptomatische Bedeutung haben und auf Rechnung der starken Belastung

zu setzen sind; ohne diese wäre vielleicht eine typischere Paralyse zum Vorschein gekommen.

Die 3. Möglichkeit, dass die Zwangsvorstellungen nur symptomatisch einem ätiologisch anders zu deutenden Krankheitsprocesse angehören, muss bei Th.'s 5. Fall erwogen werden: Ein 23jähriges Fräulein, stark belastet, gut begabt, wenn auch sonderlich und reizbar, früher schon von einigen Anfällen von Melancholie heimgesucht, dann Nonne, aber auch als solche anfallsweise heftig und scrupulös, wird nach dem Tode ihres Vaters unstet, unruhig, hatte verächtliche Gedanken, hielt sich für schlecht und verdammt und kam, weil man Suicid fürchtete, in die Anstalt. Hier ist sie finster abweisend, schlaf und appetitlos, will nicht, dass gute Menschen mit ihr verkehren, sie sei eine verkommene Person, böse Gedanken lassen sie nicht schlafen; nach $^5/_4$jähriger Dauer gebessert entlassen, drängt sie wieder zur Anstalt zurück, um ihren guten Willen zu zeigen; darob heftige Scenen und Aufnahme in die Hertz'sche Anstalt; auch hier die heftigsten Wuthanfälle, dazwischen wochenlange Remissionen. Interessant sind hier die Anfälle Nach langem Wohlbefinden mit Ueberzeugung von der Verkehrtheit ihrer früheren Zwangsideen (durch Masturbation sich versündigt, den Tod ihres Vaters gewünscht zu haben) plötzlich Dumpfheit, Angst, Unruhe, manchmal von links in den Kopf steigende Schmerzen, „Hetze" ihrer Zwangsideen (sie müsse nach der früheren Anstalt zurück, müsse nach Lourdes etc), dann „intensive Hemmung des Sprechens", oft bis völlige Stummheit. Nur gebessert wurde Patientin entlassen. Bei der Differentialdiagnose dieses Falles nun entscheidet sich Th. nicht für Hysterie, sondern auch für reine Zwangspsychose und hält auch besonders die Anfälle für nur durch Zwangsvorstellungen hervorgerufen. Ref. glaubt dagegen aus folgenden Gründen, dass es sich um hysterische Anfälle handelt: 1. Begannen die Anfälle nicht mit Zwangsvorstellungen, sondern mit Dumpfheit etc. (p. 352), 2. bestehen Hemiästhesien — die Th. lieber auf „irgend eine organische Ursache" zurückschieben will, 3 hat Patientin eine Reihe anderer hysterischer Züge (Instabilität, Affectstürme, sexuelle Erregung neben Nonnenthum, das Zurückverlangen in ärztliche Behandlung etc.). Damit aber klärte sich der Fall in ganz anderer, natürlicherer Weise. Fall 5 stellt sich als Hysterie dar, eigenthümlich allerdings durch periodisch auftretende Depressionen und die die Hauptphasen des eigentlichen Processes begleitenden Zwangsideen. Auch hier dürfte die Art der Belastung, sowohl die Periodicität der Tendenz, als auch die Tendenz zu Zwangsvorstellungen erklären.

Die übrigen 4 Fälle sind mit grösserer Sicherheit unter das reine Zwangsirresein zu rubriciren, wenngleich auch beim 4. Fall 2 schwere Verdachtsmomente vorliegen, nämlich acutestes Auftreten der ersten Zwangsideen in Form eines Anfalles (unter Ohrensausen und Augenflimmern) im Alter von 36 Jahren nach völliger vorheriger Gesundheit und 11 Jahre vorher Lues; die berichteten Anfälle von intensiver Steigerung der Zwangsideen (Eifersucht, Trieb, sich und seine Frau zu tödten), Depression, Angst, Tachycardie und Erbrechen würden auch im Verlaufe einer Paralyse auftreten, die vollständige Heilung nach 5monatlicher Depression mit Zwangsideen sehr wohl als Remission gedeutet werden können; da aber Patient

schwer belastet ist, ein Jahr vor der Erkrankung an chronischer Enteritis erkrankt, die ihn um 30 Pfund reducirt, und die Anfälle den „psychischen Krisen“ schwerer Neurastheniker durchaus ähnlich sind, so lässt sich Th.'s Auffassung des Falles als reines Zwangsirresein mit „psychischen Krisen“ strict nicht bestreiten, wenngleich er als solches mit rein transitorischem Auftreten äusserst merkwürdig bliebe.

Frei von dem Verdacht auf andere Pathogenese sind Fall 2 und 3. Fall 2 betrifft eine 31jährige Frau, schwer belastet, schon als Kind zweifelsüchtig und nach der letzten von 3 Geburten von einer Verschlimmerung ihres Zustandes befallen, bekommt Hemiparästhesie, fühlt sich rechts schief, muss in Folge ihrer quälenden Gefühle Kleider und Stiefel fortwährend ändern, bleibt lieber im Bett, um sich nicht immer umziehen zu müssen, fürchtet immer, etwas geäussert zu haben, was Andere kränken könnte, fühlt sich gehemmt und zeitweise „wie vernagelt“. In deutlicher Periodicität wechseln Zeiten von Angst, Unruhe und Zwangsideen mit Zeiten geselliger Heiterkeit und Umgänglichkeit. Somatisch bestand tic convulsif und Migräne. Therapeutisch liess sich nur Besserung erzielen.

Fall 3 betrifft einen Juristen, belastet (speciell durch Nervosität), hochbegabt, grüblerisch, zur Selbstbeobachtung geneigt, mit geringem doppelseitigem Tic, nach seiner Verlobung im 25. Jahr (und anscheinend starker Ueberarbeitung) Hemmung des selbstständigen Denkens; er kann nicht mehr, wie er will, fühlt sich in zwei Seiten gespalten, von denen die eine mechanisch fort arbeitet, die andere sie kritisirte, beobachtete, secirte.

Nach schwerer Pleuritis Verschlimmerung der Depression und Suicidversuch. In der Anstalt zeigte er sich nicht als echter Melancholiker; er war in Gesellschaft heiter und witzig, nur allein und bei Berührung mit Angehörigen ängstlich, gehemmt und so erregt, dass er bei Besuch der Eltern mehrmals Erbrechen bekam. Auch hier bewirkte Anstaltsbehandlung nur Besserung.

Von Th.'s Fällen wären also die letzten beiden noch die berufensten Vertreter eines eigenen Zwangsirreseins im Sinne Westphal's, aber auch sie characterisiren sich eigentlich (durch Belastung, Andeutung schon in früher Jugend, Instabilität, Neigung zu Krisen und intermittirendem Verlaufe etc.) so gut als degenerative Zustände, dass es den Thatsachen selbst Zwang anthun heisst, die auftretenden Zwangszustände nicht als rein symptomatische Attribute der bestehenden Psychopathie aufzufassen. So wenig als paralytische Grössenideen eine Psychose sui generis sind, so wenig scheinen gerade nach Th.'s Fällen Zwangszustände etwas anderes zu sein als Theilerscheinungen des degenerativen Irreseins. Westphal's künstlich symptomatische gegen Magnan's natürlich klinische Auffassung in Schutz zu nehmen, sind Th.'s Fälle nicht geeignet.

Auch der 7. Fall Th.'s ist wohl im Sinne des „natürlichen Systems“ zum degenerativen Irresein zu rechnen.

E. Trömner-Heidelberg.

---

429) **Mingazzini:** Sullo stato mentale die Pall . . . Aug . . . imputato di truffe.

(Lanciano 1895.)

M. giebt die Geschichte eines 25jährigen, erblich belasteten Mechanikers, die eine fortlaufende Reihe von Betrügereien, Desertionen, Abenteuern, Selbstmordversuchen und wüsten Excessen darstellt und schon in früher Jugend ihren Anfang nimmt. Characterisirt ist das betreffende Individuum ausserdem durch eine maasslose Vehemenz der Affecte, die ihn bereits bei geringen Anlässen zu criminellen Acten veranlasst, durch grosse Intoleranz gegen geistige Getränke, durch prahlerisches Grossthun mit seinen abnormen Eigenschaften und deren Aeusserungen, durch spitzfindige, offenbar ernstgemeinte Vertheidigung seiner Delicte, schliesslich durch eine in seinen Handlungen, mögen sie auch noch so schlau angelegt sein, deutlich zu Tage tretende Beschränktheit und Kritiklosigkeit. Für die verflossenen Ereignisse besteht theilweise Erinnerungslosigkeit. Körperlich wird subjectiv geklagt über zeitweise anhaltenden Kopfdruck. Bei der Untersuchung ergiebt sich ausserdem Herabsetzung der Berührungs-, thermischen und der Schmerzsensibilität bis zu vollständiger Analgesie, Einengung des Gesichtsfeldes und mangelhafte Localisation auf der Körperoberfläche, Parageusien und Parosmien, Herabsetzung des Gehörs und Unregelmässigkeiten in verschiedenen Reflexen. Mingazzini schreibt diese Momente einer concomitirenden Hysterie zu Ausserdem finden sich Anzeichen einer bestehenden Psychose (Versuche, ein perpetuum mobile zu construiren und allmählich immer stärker werdende Beeinträchtigungsideen). Mingazzini stellt die Diagnose des ihm zur Begutachtung überwiesenen Falles auf moralisches Irresein und beginnende Paranoia. Einige Wochen später kam es zum Ausbruch deutlicher Grössenideen. Jentsch.

---

430) **Cullerre:** Infanticide et Hystérie.

(Arch. de Neurol. 1895, Nr. 102.)

Cullerre kommt in einem Gutachten, das er über den Geisteszustand einer Kindsmörderin abzugeben hatte, die während der Schwangerschaft in Folge einer schweren Kopfverletzung hysterisch geworden war, zu dem Schluss, dass die Angeschuldigte zur Zeit der That nicht geisteskrank war, dass aber ihre Zurechnungsfähigkeit vermindert ist. Er führt zur Unterstützung seiner Ansicht u. a. an, dass die Angeklagte schon vor dem die Hysterie veranlassenden Unfall ihre Schwangerschaft verheimlicht habe und vielleicht schon damals daran gedacht habe sich des Kindes zu erledigen, dass sie auf äusserst raffinirte Weise ihre Umgebung über die stattgehabte Geburt getäuscht hat und dass ein Anhalt dafür, dass die incriminirte Handlung unter dem Einfluss eines unwiderstehlichen Triebes ausgeführt sei, sich nicht hat erbringen lassen. Andrerseits kann nicht bestritten werden, dass die bestehende Hysterie die Widerstandsfähigkeit der Angeschuldigten gegen äussere ungünstige Verhältnisse und gegen ihre eigenen verbrecherischen Ideen herabgesetzt hat.

Falkenberg-Lichtenberg.

IV. Versammlungs-Bericht.

8. Conferenz für das Idiotenwesen.

Am 18. und 19. September tagte in Heidelberg die 8. Conferenz für das Idiotenwesen. Aus den Verhandlungen müssen vor Allem drei Themata das Interesse des Irrenarztes wachrufen. Der Referent über das erste derselben, Director Schenk (Idstein), „Die Zuchtmittel in der Idiotenanstalt“, sprach, wie er selbst zugab, ungemein vorsichtig, mehr über Erziehungsmittel wie Unterricht, als über eigentliche Zuchtmittel. In der Discussion aber kamen eine Reihe von Thatsachen zur Sprache. Besonders Director Rall in Mariaberg (Württemberg) behauptete, ohne Beschränkungsmittel (er erwähnte unter anderem einen Blechmantel) nicht fertig werden zu können, ja er ging so weit, zu sagen, wenn Jemand ihm sage, er komme ohne solche Mittel aus, so glaube er es nicht. Pfarrer Krekeler, der es für eine Grausamkeit erklärte, harmlose Idioten in einer Irrenanstalt einzusperren, erwähnte ganz nebenbei, dass er hier und da auch erwachsenen Idioten mal einen kleinen Klaps gebe. Erfreulicher Weise wurde dies allseitig bei Erwachsenen für unstatthaft erklärt. Prof. Kräpelin wandte sich besonders gegen die Anwendung der Nahrungsmittelentziehung als Disciplinarmassregel. Wenn auch der Anwendung des Stockes fast ausnahmslos das Wort geredet wurde, einmal mit der Aeusserung: „Wir leben im Zeitalter der übertriebenen Humanität“, wenn auch durchweg die Anschauung herrschte, dass die Idiotie und der Schwachsinn keine Krankheiten des Gehirns (aber doch mindestens wohl fehlerhafte Anlagen desselben?) seien, so schien doch auch die humanere Richtung ihre Anhänger zu haben, besonders unter den jüngeren Herren. Hervorheben aber möchte ich besonders die verständigen Bemerkungen des Vorsitzenden, Director Barthold (Hephata in München-Gladbach). Er wies darauf hin, wie Zeiten der Reizbarkeit oder Verstimmung oft nicht der Ausdruck bösen Willens oder der Launenhaftigkeit seien, sondern als psychopathologische Symptome aufgefasst werden müssten.

Der Referent über die Frage: „Die Stellung und Aufgabe des Arztes in der Idiotenanstalt“. Pfarrer Krekeler suchte durch allgemeine Redensarten darzuthun, dass die Idiotenpflege zwar der Aerzte nicht entbehren könne, dass aber eine leitende Stellung nur dem Pädagogen zukomme. Seine Rede endete mit folgenden 10 Thesen, die ich nach meinen stenographischen Notizen wiedergebe, für deren inhaltliche Richtigkeit ich einstehe:

1. Der Arzt ist Hausarzt im Grossen.
2. Es liegt ihm die Prüfung der Aufnahmen und eventuellen Entlassungen zusammen mit dem Vorstand ob; der Arzt vertritt die medicinische, der Pädagoge die moralische Seite.
3 Der Arzt stellt die Krankheitssymptome fest, ordnet die Pflege an und — lässt den Hausvorstand für die Ausführung seiner Anordnungen verantwortlich sorgen.
4. Glaubt er sich gehindert, so wendet er sich an den Gesammtvorstand.
5. Bei ansteckenden Krankheiten sorgt er verantwortlich für die Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen.

6. In Conferenzen der Geschäftscommission hat er Stimme und Vertretung.
7. Bei ausserordentlichen Krankheiten ist die Zuziehung von Specialärzten erforderlich.
8. Er ist Mitglied des Vorstandes
9. Unterweisung des Pflegepersonals.
10. Die Hausordnung bildet für alle Angestellten, auch für den Arzt, die Grenze seines Handelns.

Diesen Ausführungen trat Kräpelin gegenüber. Dass die Idiotie und die höheren Grade des Schwachsinns als geistige Störungen aufzufassen seien, könne nicht bezweifelt werden. Eine wirkliche Förderung unserer Kenntnisse von dem Wesen und den Ursachen der Idiotie sei nur dann zu erwarten, wenn diese Erkrankungen von Aerzten studirt würden. Er wies darauf hin, dass alle wissenschaftlichen Feststellungen über Idioten Aerzten zu verdanken seien und zeigte an dem Beispiel des Cretinismus, wie wichtig die richtige Erkenntniss sei, auch für die möglicher Weise einzuschlagende Therapie. So wenig ja der Arzt Anspruch darauf machen werde, den Unterricht schwachsinniger Kinder zu leiten, so sehr Jeder anerkennen werde, welche Verdienste sich die Geistlichkeit und die Lehrerschaft um die Verpflegung der Idioten erworben habe, so sei doch der Standpunkt der Aerzte der: die Schule den Pädagogen, das Krankenhaus dem Arzte. Den Entgegnungen, dass es nicht die Schuld der Lehrer sei, wenn die Aerzte sich nicht viel um die Kranken kümmerten, und z. B. Sectionen fast nie machten, erwiderte Kräpelin, dass man dem practischen Arzte, der nebenbei Arzt einer Idiotenanstalt sei, nicht zumuthen könne, derartige Untersuchungen zu machen, es sei eben desshalb erforderlich, dass Aerzte als Hauptamt die Idiotenbehandlung und das Studium der Idiotie trieben.

Der Referent über die so überaus actuelle Frage: „Wo und wie bekommen wir ein gutes Pflegepersonal?“ Director Horny (Scheuern) gab im Allgemeinen an, welche Eigenschaften wünschenswerth seien, nannte aber nicht die Wege, wie gutes Personal zu beschaffen sei. Der Vorschlag, durch Herumsenden eines schwarzen Zettels vor untauglichen Elementen zu warnen, wurde abgelehnt. Von der Einrichtung von Wärterschulen, so wünschenswerth sie auch seien, versprach man sich wenig Erfolg, besonders da die meisten Anstalten Privatanstalten seien. Der Vorsitzende hält es nicht für gut, anzustreben, dass alle Pfleger und Pflegerinnen sich dauernd diesem Berufe widmeten, da nur wenige ohne Schaden diesen Dienst vertrügen. Im Interesse der Pfleger selbst und der Kranken sei desshalb ein häufigerer (natürlich nicht allzu häufiger) Wechsel wünschenswerth. Diese Erfahrung bestätigte Kräpelin für die Irrenanstalten. Director Trüper (Sophienhöhe bei Jena) hat gute Erfahrungen mit dem Zimmer'schen Diakonieverein gemacht.[1]) Schliesslich wurde noch von Pfarrer Krekeler ein Versuch gemacht, die Bodelschwing'schen Diakonen und Diakonissinnen zu empfehlen; er habe nicht nur viele als Pfleger angestellt, sondern pflege auch diejenigen Personen, die ihre Befähigung für den Dienst in seiner Anstalt dargethan, zur Vollendung ihrer Ausbildung nach Bielefeld zu

[1]) Dieser Verein hat mit dem Bodelschwing'schen nur den vielleicht desshalb besser zu ändernden Namen gemeinsam.

schicken. Director Barthold ersparte ein unerquickliches Eingehen auf die trüben Erfahrungen in Bremen, die durch die letzten Vorkommnisse in Halver i. W. in trauriger Weise ergänzt wurden, durch die kurze aber energische Warnung vor der Verbindung mit religiösen Orden: „Die Schwierigkeit liegt darin, dass diese Wärter unter zwei Directionen stehen. Hüten Sie sich davor!"

Der Vortrag von Inspector Piper (Dalldorf): „Der grundlegende Sprachunterricht für stammelnde, schwachsinnige Kinder" zeichnete sich durch grosse Klarheit und Anschaulichkeit aus und liess einen guten Einblick gewinnen, mit welcher Sorgfalt die Unterrichtsmethoden ausgebildet werden. Nachmittags schloss sich ein Besuch der Idiotenanstalt in Mosbach an. Am 1. Januar 1895 befanden sich in der Anstalt 128 Idioten, von denen 86 unterrichtet wurden. Die Räume sind durchweg gross, luftig und peinlich sauber. Die Kinder werden nach Möglichkeit mit Handarbeiten, Stroh- und Seilflechten und dergl beschäftigt. Einige Fälle von hochgradiger Microcephalie, zahlreiche Cretinen, ein Fall von Perochirus bei einem Taubstummen, dem ausserdem beide Beine fast völlig fehlten, waren besonders interessant. Den weiteren auf dem Programm stehenden Besuch der Anstalt Idstein im Taunus machte Referent nicht mit.

Eine der Conferenz gewidmete statistische Zusammenstellung „Die Idiotenanstalten Deutschlands und der deutschen Schweiz im Jahre 1895" von Pastor Sengelmann, Director der Alsterdorfer Anstalten, weist nach, dass sich am 1. Januar 1895 in 44 Anstalten Deutschlands, über die Nachrichten eingingen, 8956 Zöglinge befanden. Das grosse Werk, das sich in diesen Zahlen ausspricht, kann nur mit Bewunderung erfüllen, und wir dürfen uns nicht der Anerkennung verschliessen, dass diese enorme Leistung eine freiwillige war, zu einer Zeit, wo der Staat es nicht für seine Pflicht hielt und noch hält, sich der Idioten anzunehmen. Das darf uns aber nicht zurückhalten, dahin zu streben, dass das Versäumte nachgeholt wird und dass den Kranken ihr Recht wird. Nie und nimmer wird es der Arzt versuchen, den Unterricht der Schwachsinnigen selbst leiten zu wollen, aber wir verlangen den uns zukommenden Antheil an der Pflege der Kranken. Es herrschen noch — und das lässt sich bei aller Anerkennung des redlichen Strebens aller bei der Conferenz Betheiligten nicht verhehlen — noch viele verkehrte Ansichten über das Wesen der Idiotie. Es verdient wohl hervorgehoben zu werden, dass die vom psychiatrischen Standpunkte aus vernünftigsten Ansichten entweder von solchen geäussert wurden, die, wie der Vorsitzende, Director Barthold, in langen Jahren sorgsamen Studiums die pathologische Natur mancher Erscheinungen kennen lernten, oder die durch ihre nahen Beziehungen zu Psychiatern zu lernen Gelegenheit hatten (ich will nur Inspector Piper (Dalldorf) und Director Trüper (Jena) erwähnen). Wie sich das Idiotenwesen in Zukunft gestalten wird, ist noch nicht abzusehen. Bei den Tiefstehenden wird nur der Arzt als Anstaltsleiter dienen dürfen, der die Beihülfe der Lehrer allerdings nicht entbehren kann. Die der völligen geistigen Gesundheit am nächsten Stehenden werden vielleicht am besten dem Pädagogen unterstellt bleiben, der auch seinerseits wieder des Beistandes des Arztes bedarf. Epileptiker und psychisch Kranke gehören selbstverständlich in die Behandlung der

Aerzte. Die Organisation im Einzelnen muss der wachsenden Erfahrung überlassen bleiben. Bei der Frage der Unterbringung der Idioten werden noch manche Kämpfe ausgefochten werden müssen, so leichten Kaufes werden weder Lehrer, noch vor Allem Geistliche das Recht aufgeben, das sie sich durch ihre Arbeit erworben haben. Der Kampf, der doch nur dem Besten der Kranken gilt, wird nicht damit enden, dass Aerzte und Lehrer sich weiter feindlich gegenüberstehen, sondern dass sie vereint die Grenzgebiete bearbeiten, der Arzt allein hauptsächlich die Idiotie, Cretinismus und verwandte Gebiete in seine Behandlung nimmt, der Lehrer allein die geringer Begabten. Mit der Aufstellung der Anforderungen, die die Aerzte, speciell wir Irrenärzte zu machen berechtigt sind, ist allerdings noch nicht viel geholfen. Auf der diesjährigen Conferenz waren, abgesehen von den an der Heidelberger Klinik arbeitenden Herren, nur 2 Aerzte anwesend. Das muss anders werden. Wir müssen vor Allem durch eifriges Mitarbeiten den Pädagogen zeigen, dass wir nicht nur zu nehmen, sondern noch mehr zu geben im Stande sind. Die nächste Conferenz wird in Breslau 1897 stattfinden. Es wäre sehr wünschenswerth, dass dort die Zahl der Irrenärzte eine grössere wäre, als bei den bisherigen Conferenzen.

Der einzige Punkt, der in den Verhandlungen ernstliche Bedenken wachzurufen geeignet war, ist die Auffassung der Idiotie als eines nicht mehr dem Bereich ärztlicher Thätigkeit angehörenden Zustandes mit ihren naturgemässen Folgen, der Anwendung von Zucht- und Zwangsmitteln. Vor uns liegt ein kleines Schriftchen; „Das Anstaltsleben des Wittekindhofes zu Volmerdingsen 1895“ von Pastor Krekeler. Nach dem oben erwähnten Bericht von Pastor Sengelmann waren am 1. Januar 1895 dort 253 Zöglinge untergebracht im Alter von 5—68 (!) Jahren, darunter auch Geisteskranke. [Die folgenden Citate sind alle wörtlich den Berichten der Krankenschwestern entnommen, die in dem Schriftchen abgedruckt sind, oder sind stenographirte Aeusserungen des Pfarrers] L. v. T., ca. 50 Jahre alt, lebt in dem Grössenwahn, dies Haus sei ihr Schloss, die Schwestern ihre Bedienten, die anderen Kranken geduldete Insassen, die alle von ihrer Gnade lebten.“ „E. F., recht beleibt und zugleich fröhlich und ruhig, erheitert die Gesellschaft oft durch ihre Herzensergüsse, z. B. wenn sie meint, dass sie todt sei und man sie am besten bei den Dickbeeren im Walde begrabe. Da brauche sie dann nicht zu hungern.“ „Ein Arzt, der noch anderweitige Praxis hat, besucht wöchentlich die Anstalt.“ Herr Pfarrer Krekeler, der Verfasser der citirten Thesen, hält einen „materialistisch gesinnten“ Arzt nicht für diese Stellung geeignet, „nicht durch die Strenge des Arztes, sondern durch die Güte und Freundlichkeit der unter ihm wirkenden Personen“ sollen die Idioten geleitet werden. „Niemals aber soll man ein Blödes für Thun und Reden verantwortlich machen, worüber ihm die Erkenntniss mangelt“. „Die Hausväter in den einzelnen Häusern sind christliche Familienväter, die die Nöthe der armen Kranken verstehen. Wie werden sie sich an den armen Kranken versündigen oder leiden, dass ihre Helfer solches thäten! Die Diakonissinnen aber haben nach ihrer ganzen Veranlagung und Ausbildung schon Hände der Barmherzigkeit und Güte und Freundlichkeit gegen ihre Kranken, denn ohne diese Eigenschaften

würden sie keine Diakonissinnen sein." Diese Principien der Behandlung werden in die richtige Beleuchtung gerückt durch die Berichte des Pflegepersonals. So schreibt Hausmutter Schw. A. S.: „Ermahnungen unter vier Augen, Beruhigungszelle und mitunter auch das Rüthlein müssen je nachdem den freundlichen Sinn und Muth wieder herstellen helfen." Schw. C. P.: „Wenn J. W. nicht die Taille mit den zugenähten Aermeln anhat, so wirft sie mit Leichtigkeit alle beweglichen Gegenstände, als Knäuel, Blumentöpfe, ja die Stühle zum Fenster hinaus." Hausvater H. L: „Am Freitag Nachmittag wird gebadet. Das Wasser hat dabei 24—28° R." „Die Bestrafungen beschränken sich meistens auf Aufstehen, Eckestehen, um Verzeihung bitten, anderen Platz bei Tisch erhalten, vom Spaziergang zu Hause bleiben, im scharfen Ton angeredet werden. Wenn alles dieses nicht hilft, heisst's Isoliren und bei denen, welche danach nichts fragen, einige richtig, d. h. schadlos angebrachte Schläge mit der Ruthe." Dies sind die Methoden der Bestrafung (!) auf der Abtheilung „Vorwerk", wo augenblicklich 39 Kranke, sämmtlich über 14 Jahre sind!!

Diese zugestandenen Misshandlungen Kranker — anders wird wohl kein Psychiater eine derartige Bestrafung Blöder auffassen — stehen in einem Büchlein, das „nach unserer (d. h. Pfarrer Krekeler's) Meinung in den einigermassen aufgeregten Tagen bezüglich der Anstalten den Freunden christlich-kirchlicher Liebesthätigkeit zur Stärkung, ängstlichen Gemüthern zur Beruhigung und Widersachern zur Abwehr dienen soll." Sapienti sat.

Es liegt mir ferne, aus diesen Erfahrungen allgemeinere Schlüsse ziehen zu wollen, ich habe schon oben in dem eigentlichen Referat über die Verhandlungen hervorgehoben, dass man allseitig das Schlagen Erwachsener für unstatthaft erklärte; ich füge dem noch bei, dass auch das Schlagen Seitens der Hausväter als nicht rathsam angesehen wurde. Immerhin zeigt sich, dass die Erfahrungen der Psychiatrie mit der Abschaffung der Zwangsmassregeln noch an vielen Anstalten für Idioten spurlos vorübergegangen sind, und dass alles Reden von Liebe und Barmherzigkeit nicht vor schwerstem Unrecht schützt, so lange das Verständniss fehlt.

Das Schriftchen und die Aeusserungen des Herrn Pfarrer Krekeler, die Geständnisse des Herrn Director Rall und der Ausspruch des Herrn Kreisschulinspectors Weichert (Leschnitz): „Wir leben im Zeitalter der übertriebenen Humanität" illustriren die These III der Frankfurter Versammlung.

„Nicht unter ärztlicher Leitung und Verantwortlichkeit stehende Anstalten für Geisteskranke — einerlei, ob dieselben heilbar oder unheilbar sind — für Epileptische und für Idioten entsprechen nicht den Anforderungen der Wissenschaft, Erfahrung und Humanität und können desshalb als „zur Bewahrung, Kur und Pflege dieser Kranken geeignete Anstalten" auch im Sinne des Preussischen Gesetzes vom 11. Juli 1891 nicht betrachtet werden."

Dr. G. Aschaffenburg (Heidelberg).

V. Zur Tagesgeschichte.

Herrn Director Dr. Scholz ist von der überwiegenden Mehrheit der Bremischen Aerzte folgende Vertrauensadresse zugesandt worden:

Hochgeehrter Herr College!

Wir unterzeichneten Bremer Aerzte fühlen uns gedrungen, in Anerkennung der Verdienste, welche Sie sich in langjähriger Arbeit um die Hebung unserer Städtischen Krankenanstalten und im Besonderen um die gedeihliche Entwicklung des St. Jürgen-Asyls erworben haben, Ihnen unsere Hochachtung und collegiale Werthschätzung auszusprechen.

Möge das St. Jürgen Asyl unter Ihrer ausgezeichneten Leitung weiter blühen! Mögen Sie noch lange Zeit Ihrer Stellung erhalten bleiben zum Heil der Kranken und zur eigenen Freude.

Bremen, im August 1895.

Es folgen 65 Unterschriften.

Auf dem V. Internationalen Congress zur Bekämpfung des Missbrauches geistiger Getränke, der vom 20.– 22. August d. J. in Basel tagte, wurde von den dort anwesenden ca. 25 medic. Professoren und Aerzten deutscher Zunge der Gedanke angeregt, dass alle die Collegen, welche für ihre Person Anhänger der Total-Abstinenz von geistigen Getränken sind, in einen näheren Connex miteinander treten möchten. Gerade die Thatsache, dass die anwesenden Aerzte sämmtlich Abstinenten waren, lässt darauf schliessen, dass unter den Aerzten zur Zeit ein lebhafteres Interesse für die wissenschaftliche Seite der Bewegung gegen das Alcoholelend beginnt, durch welche halbe Massregeln als aussichtslos erwiesen werden. Um dieses Interesse zu einem allgemeinen zu machen und die wissenschaftliche Erkenntniss auf dem Gebiete zu fördern, scheint es daher wünschenswerth, dass die heute schon in nicht unbeträchtlicher Zahl vorhandenen abstinenten Collegen deutscher Zunge zunächst sich vereinigen.

Mit der Einleitung der Schritte, die eventuell zur Begründung einer solchen Vereinigung führen sollen, deren Aufgabe es wäre, ein festes Zusammenhalten zu ermöglichen und für die Verbreitung und den festen Ausbau der wissenschaftlichen Fundirung jener Anschauungen zu sorgen, wurden in Basel betraut die Herren: Dr. Smith, Schloss Marbach am Bodensee, Post Wangen in Baden, Dr. C. Fürer, Heidelberg, Vossstrasse 4.

Die Verhandlungen über das preussische Irrenwesen im Abgeordnetenhause am 25. Juni 1895.*)

(Nach dem stenographischen Bericht.)

Was alle Reden und Klagen namhafter Psychiater, was die Verhandlungen und Resolutionen des Vereins deutscher Irrenärzte, dessen Forderungen und Warnungen bei der Regierung taube Ohren fanden, nicht vermocht haben, das hat der Laie Mellage mit seiner Broschüre und der sich daran knüpfende Process zu Stande gebracht. Er hat dem Volke die Augen

*) Verspätet am 22. September bei der Redaction eingegangen.

geöffnet über die bis dahin bloss in Fachkreisen bekannte Versumpfung des Provinzial-Irrenwesens, über die von den Provinzialverwaltungen beliebte Auslieferung der Geisteskranken an die Kirche, über die daraus entstandenen bisher für unglaublich gehaltenen Missstände, über die Indifferenz, mit welcher die Regierung alledem ruhig zusah und über die Nachlässigkeit, mit welcher sie ihr Aufsichtsrecht ausübte. Nicht wenig zur Klärung hat die Interpellation beigetragen, mit welcher das Volk durch seine Abgeordneten Rechenschaft heischend vor die Regierung getreten ist. Dieselbe lautete:

„Welche Maassregeln hat die Kgl. Staatsregierung ergriffen oder beabsichtigt sie zu ergreifen, um die in dem Process Mellage zu Tage getretenen, der Menschlichkeit, den Erfordernissen der ärztlichen Wissenschaft und den Gesetzen widersprechenden Zustände in privaten oder unter Leitung von Corporationen stehenden Irrenheilanstalten zu beseitigen und für eine durchgreifende staatliche Beaufsichtigung solcher Anstalten Sorge zu tragen?"

Dass grobe Ungehörigkeiten vorgekommen seien und schwere Missstände sich herausgestellt haben, musste selbst von der Centrumspartei zugegeben werden, wenn diese auch einen Theil derselben abzustreiten, zu beschönigen oder als Mängel der sündigen menschlichen Natur zu entschuldigen versuchten. Räudige Schafe fänden sich eben überall, auch an öffentlichen Irrenanstalten kämen sicherlich grobe Ausschreitungen gegen Kranke vor. Das weltliche Wartpersonal sei völlig ungeeignet und unbrauchbar. Der ultramontane Abgeordnete Dauzenberg, welcher die Wärterfrage eingehender besprach, fand die Beweise dafür in einigen Aussprüchen aus des Referenten Aufsätzen über die Wärterfrage. Die von demselben constatirten Ausnahmen in den Anstalten, wo die Wärter eine gute materielle und sociale Stellung haben, liess der Herr Abgeordnete völlig unbeachtet, ebenso wie er die in demselben Aufsatze niedergelegten bösen Erfahrungen unerwähnt liess, welche die Irrenanstaltsdirectoren bis dahin mit geistlichem Wartepersonal gemacht hatten. Dagegen stimmte er ein Loblied auf die ungeheuren Verdienste an, welche sich die Ordensgenossenschaften, die nicht um schnöden Lohn, sondern aus Liebe der Menschheit ihre Dienste weihten, um die Irrenpflege erworben hätten. Anstatt ihre Thätigkeit in der Irrenpflege zu beeinträchtigen und zurückzudrängen, müsse man dieselbe nach Kräften fördern. Es kann nicht Wunder nehmen, dass die conservativen Redner ihm darin beipflichteten, und der Herr Cultusminister gab ihnen in dieser Hinsicht eine sehr beruhigende Zusage. Wenigstens machten die Abgeordneten, die so warm für die Ordensgenossenschaften eintraten, das Zugeständniss, dass der Arzt die Wahl und die Leitung des Wartpersonals haben müsse.

Den Anführungen Dauzenberg's gegenüber wurde von einzelnen Rednern mit Recht darauf hingewiesen, dass die groben Ausschreitungen in Mariaberg nicht bloss einzelnen Pflegern zur Last fallen, sondern planmässig mit Wissen und Willen der Leiter betrieben worden und in der Organisation dieser Ordensanstalt begründet seien. Selbst der Abgeordnete Dauzenberg musste zugestehen, dass die Alexianerbrüder mit den Fortschritten der psychiatrischen Wissenschaft nicht gleichen Schritt hielten,

wie derselbe sich euphemistisch ausdrückte, und dass der Grundfehler in Mariaberg in der Organisation der Anstalt beruhte, indem die Stellung der Aerzte, welche nicht neben, sondern unter den Brüdern und nur im Nebenamte beschäftigt waren, eine ungesunde und verwerfliche war. Der Herr Abgeordnete unterliess es aber, hinzuzufügen, dass diese unnatürliche Stellung der Aerzte der Fehler in allen oder wenigstens den meisten Genossenschaftsanstalten ist, wie er denn auch die Sache selbst mit jesuitischer Dialectik zu beschönigen suchte. Solche Zustände seien zwar sehr schlimm und er sei weit entfernt, dem Fortbestande derselben das Wort zu reden — aber sie seien doch wirklich nicht so sehr schlimm, wie es scheine, da Mariaberg keine Heilanstalt, sondern eine Pflegeanstalt sei, wo das Anstaltsregime die Hauptsache sei, während die Einwirkung des Arztes auf die Kranken eine minimale und im Grunde zu entbehren sei. Ebenso erklärte er auf der einen Seite, dass auch er die Geisteskrankheiten für wirkliche Krankheiten halte (für diese Erklärung kann man ja in der That dem Herrn Abgeordneten sehr verbunden sein), die von einem psychiatrisch gebildeten Arzte zu behandeln seien, ja dass er im Kampf der deutschen Irrenärzte gegen eine bestimmte Richtung in der protestantischen Kirche, die geführt werde von dem Pastor v. Bodelschwingh in Bielefeld, ganz entschieden auf Seiten der deutschen Irrenärzte stehe (dass die ganz ähnlichen Bestrebungen der katholischen Ordensgenossenschaften in derselben Weise bekämpft werden müssen, davon will natürlich der Herr Abgeordnete nichts wissen), andererseits konnte er aber nicht umhin, dieses Zugeständniss sofort wieder zu negiren. „Ich könnte nicht dazu rathen, dass das ganze Gebiet den Irrenärzten ganz allein preisgegeben werde. Ich kann es gut verstehen, wenn die Irrenärzte eine solche Forderung stellen, dass sie die Leitung in allen Anstalten ohne Ausnahme haben mögen .... denn ‚herrschen ist süss‘. Aber es könnten, wenn das geschieht, leicht Conflicte entstehen, dadurch ganz besonders, weil die Herren Aerzte nicht immer ganz verständige Leute sind. Oft sind die Herren Aerzte wirklich unersättlich und unverständig in ihren Forderungen.“ Eine grössere Anmassung kann man sich nicht denken. Der Vertheidiger der herrschsüchtigen Kirche, welche in das allein den Irrenärzten zustehende Gebiet der Behandlung und Verpflegung von Irren einen Einbruch macht, um ihre Herrschaft über die Geister weiter auszudehnen, wirft den Irrenärzten, weil sie sich gegen die Verdrängung aus ihrem Gebiete wehren, Herrschsucht vor und spricht von der Unersättlichkeit und dem Unverstand der Aerzte, während die Herren Geistlichen und Ordensbrüder, welche sich die Befolgung des altbewährten Sprichwortes: „Schuster, bleib bei deinem Leisten!“ so sehr angelegen sein lassen, natürlich immer und allein verständige Leute sind. Ist eine arrogantere Verdrehung der Thatsachen schon vorgekommen? Der Herr Abgeordnete ist denn auch so gnädig, dass er den Aerzten das ganze Sanitätswesen in den Anstalten überweist. Was würde wohl die Kirche dazu sagen, wenn ein Arzt auftreten und erklären würde, dass er den Geistlichen wohl die gottesdienstlichen Handlungen in der Kirche überweisen wolle, dass dieselben sich im Uebrigen aber aller Einwirkungen auf die Gemeinde enthalten sollten oder dergleichen mehr?

Wenigstens fanden die Ausführungen Dauzenberg's nicht auf allen Seiten des Hauses Beifall. Die Herren Abgeordneten Sattler und v. Eynern

betonten im Gegentheil energisch, „dass Geistliche und geistliche Genossenschaften nicht geeignet sind zur Leitung von Irrenheil- und Pflegeanstalten, dass sie der Aufgabe, ohne Zwang Irre zu halten, nicht gewachsen sind“ und „dass sämmtliche Irren- und Krankenanstalten unter ärztlicher Leitung stehen müssen“, während der Abgeordnete Graf zu Limburg-Stirum den geistlichen Genossenschaften die Irren- und Krankenpflege lassen wollte, aber nur unter der Bedingung, dass sie sich die Staatsaufsicht gefallen lassen. Es ist so recht bezeichnend, dass der Herr Abgeordnete noch besonders hervorheben zu müssen glaubte, dass sich die Genossenschaftsanstalten die Staatsaufsicht gefallen lassen müssen. Uebrigens bestand ja diese Staatsaufsicht von jeher, wenigstens auf dem Papier. Der Abgeordnete Graf zu Limburg-Stirum giebt aber selbst zu, dass Seitens der Aufsichtsbehörden nicht das geschehen sei, was zu géschehen hatte. Von den Abgeordneten Sattler und Eynern wurde die Nachlässigkeit der Behörden in der Beaufsichtigung, welche von allen den scheusslichen Zuständen in der Anstalt Mariaberg nichts wussten, auf das schärfste gegeisselt. Dabei wurden denn auch die argen Versündigungen, welche sich die rheinische Provinzialverwaltung hatte zu Schulden kommen lassen, durch v. Eynern schonungslos blossgelegt. Die diesbezüglichen Anführungen des Herrn Abgeordneten sind so interessant, dass wir sie hier wortgetreu folgen lassen wollen:

„Wir haben ein langes Rechtfertigungsschreiben des Herrn Landesdirectors Klein über diese Anklage erhalten. Es ist nicht zu leugnen, dass die rheinische Provinzialverwaltung zunächst gedeckt gewesen ist durch den rheinischen Provinziallandtag. In der Sitzung vom 11. Februar 1888 holte die Pr.-Verwaltung dessen Zustimmung ein, um mit den geistlichen Genossenschaften in Verbindung zu treten behufs Unterbringung von Irren und Epileptikern in ihre Anstalten. Der rheinische Provinziallandtag genehmigte einstimmig diese Vorlage und gab noch, wie es in dem Protocoll heisst, dem Gefühl der Anerkennung für die sorgsame Behandlung der in Frage stehenden Vorlage von Seiten der Pr.-Verwaltung Ausdruck. Der Pr.-Landtag meinte auch, dass in den genossenschaftlichen Anstalten besser für die Kranken gesorgt sei als in den öffentlichen Anstalten mit Privatwärtern, und auf Grund dieser Anschauung bewilligte der Pr.-Landtag eine enorme Summe im guten Glauben und in der Ueberzeugung, nach den Vorträgen und Darlegungen, die ihm geworden waren, das Beste gewollt und gethan zu haben. Der Pr.-Landtag hat aber keine Ahnung davon gehabt, dass er Kranke, die seiner Pflege, der Pflege der Provinz übertragen sind, in eine Anstalt schickte, über die, wie es in dem uns überwiesenen Schriftstück heisst, „der Provinzialverwaltung jedes Aufsichtsrecht fehlt“. Insofern kann man doch wohl der Pr.-Verwaltung einen Vorwurf machen, und wenn man die Zeugenaussagen des Landesraths Brand liest, der seit 1893 Decernent für das Irrenwesen der Rheinprovinz ist, wo es heisst: ‚Der Landesarmenverband habe ihn, um die Alexianeranstalt kennen zu lernen, beauftragt, die Anstalt zu besuchen — er habe die Anstalt zweimal besucht und jedesmal Monita gezogen — wenn man das liest und dann weiter aus der Darstellung hervorgeht, dass den Alexianern der Besuch des Herrn Landesraths sehr lästig fällt, so muss man geradezu

staunen. Und als dann das Verlangen auf Entlassung eines Kranken gestellt wird, schreiben ihm diese „hochvermögenden, hochgebildeten Brüder“ wörtlich: Im Uebrigen muss die Anstalt es ablehnen, sich über die Entlassung von Kranken Vorschriften machen zu lasssen. Und diese unerhörte Frechheit ungebildeter Ordensleute nimmt die Pr.-Verwaltung ruhig hin.

Sie wendet sich dann eingeschüchtert und beängstigt durch die Veröffentlichung der Mellage'schen Broschüre an die Staatsaufsichtsbehörde. Ob sie der Staatsaufsichtsbehörde Mittheilung gemacht hat über die Monita, die der Landesrath Brand schon gezogen hat, und über die Abweisung ihrer Forderung auf Entlassung von ihr zugewiesenen Kranken, geht aus dem Bericht nicht hervor. Der Landesdirector berichtet aber: Als darauf der Bescheid erfolgte, dass die Revisionen der letzten Jahre wesentliche Monita nicht ergeben hätten und dass kein Anlass vorliege, die von der Pr.-Verwaltung untergebrachten Kranken aus der Alexianeranstalt fortzunehmen, ferner auch mitgetheilt wurde, dass die strafrechtliche Untersuchung gegen die Alexianerbrüder eingestellt, dagegen wider den Verfasser der Broschüre gerichtliche Klage erhoben sei, so beschloss der Pr.-Ausschuss, welchem ich über die Vorgänge Bericht erstattet hatte, bis zum Austrage der Klage es bei dem bisherigen Zustande zu lassen unter der selbstverständlichen Voraussetzung, dass die Alexianer die damals in der Ausarbeitung befindlichen Normativbestimmungen annehmen würden.

Es geht aus dem Bericht nicht hervor, dass dem folgenden Provinziallandtag irgend eine Mittheilung gemacht worden ist darüber, dass die Brüder in Aachen sich geweigert haben, die von der Provinz und dem Provinziallandtag genehmigten Normativbestimmungen anzunehmen — Der Herr Abgeordnete Knebel, Mitglied des Pr.-Landtags, bestätigte mir soeben, dass keine Mittheilung in dieser Beziehung gemacht worden sei. — Die Sache ist also die; die Regierung sagt: Mit allen den Mellage'schen Angriffen ist es nichts, — und die Pr.-Verwaltung sagt: Na ja, dann wird es auch nichts sein, — und damit geht das Hauen, Schlagen und Douchen ruhig seinen weiteren Weg!“ . . . . „Dass die Untersuchungen vor den Klostermauern Halt gemacht haben, dass man nicht diese ordentliche Prüfung der unter geistlicher Pflege stehenden Anstalten vorgenommen hat, ist meines Erachtens nichts anderes als die Folge der schwächlichen Preussischen Kirchenpolitik, die vor priesterlicher und klösterlicher Anmassung fortgesetzt zurückweicht.“

Was hatte nun der Herr Cultusminister auf alle die Anklagen zu erwidern? Er gestand zwar offen ein, dass schwer gefehlt worden sei, wies aber den Vorwurf, dass die Regierung Schuld an den Zuständen habe, zurück, indem er dieselbe den Unterbehörden zuschob, deren regelmässige Revisionsberichte keine Ausstellungen irgend wesentlicher Art enthalten hätten. Wenn sich die Regierung in ihrem Vertrauen auf die Behörden getäuscht habe, so würden die Schuldigen zur Rechenschaft gezogen werden. Er habe energische Massregeln ergriffen, um vorläufig Remedur zu schaffen, die Anstalt Mariaberg sei sofort geschlossen worden und die Alexianeranstalten seien neuerdings einer ausserordentlichen Revision unterworfen worden, welche sehr günstig ausgefallen sei. Was hat dieses günstige

Resultat aber für einen Werth? Gar keinen. Dass eine Revision kommen würde, konnten sich die Ordensanstalten nach dem Ausfalle des Mellage'schen Processes an den Fingern abzählen, und Zeit genug wurde ihnen gelassen, sich auf eine solche vorzubereiten. Werth hätte eine Revision nur gehabt, wenn sie unmittelbar nach Beendigung des Processes oder schon während desselben erfolgt wäre.

Für die Zukunft versprach der Herr Minister eine Reihe von Abhülfsmitteln, welche von Dr. Kurella in seinem Aufsatz: Das preussische Irrenwesen im Lichte des Processes Mellage (dieses Centralblatt, Juliheft) einzeln angeführt worden sind und im Allgemeinen auf eine Erweiterung und Verschärfung der Revisionen herauskommen.

Virchow wies dem gegenüber auf die vom Verein deutscher Irrenärzte 1893 aufgestellten Thesen hin, wonach die über die Beaufsichtigung der Irrenanstalten bestehenden Vorschriften den strengsten Anforderungen genügen und richtig gehandhabt nach jeder Richtung volle Sicherheit gewähren. Nun, es ist möglich, dass von nun an die Vorschriften genauer befolgt, die Revisionen gründlicher sein werden. Damit wird aber doch an dem ganzen System nichts geändert, wie Kurella mit Recht hervorhebt. Woran es fehlt, ist nicht eine Besserung der Revisionen, sondern eine Aenderung der Organisation der Irrenanstalten. Darauf wies auch Abgeordneter Eynern hin, welcher dem Cultusminister entgegenhielt, dass seine Erklärungen durchaus nicht befriedigten und nicht geeignet seien, die Aufregung im Volke zu beschwichtigen, indem er ausführte, dass es nicht genüge, eine Commission zusammenzusetzen, die die bestehenden Irrenanstalten revidirt, sondern dass derjenige, der der Leiter der Medicinalabtheilung und verantwortlich fur dieselbe ist, in einer grossen Concurrenz die Pflicht habe, ganz neue Grundlagen für die Behandlung (d. h. Verpflegung) dieser Kranken im preussischen Staat aufzustellen und zur Anerkennung zu bringen. Man hat den Abg. Eynern wegen seiner Behauptung, dass unser Irrenwesen gegenüber dem Irrenwesen in Holland, Frankreich, England zurückgeblieben sei, angegriffen. Hat er aber nicht wenigstens zum Theil Recht? Muss man nicht von einer Versumpfung des Irrenwesens reden, wenn die Provinzialverwaltungen einen grossen Theil der Geisteskranken, anstatt sie in eigenen Irrenanstalten sachverständiger Behandlung zu übergeben, geistlichen Genossenschaften und Klosterbrüdern mit ihren laienhaften, mittelalterlichen, finsteren Anschauungen ausliefern, ohne sich weiter um dieselben zu bekümmern. Man kann daher dem Abgeordneten Sattler nur beistimmen, wenn er als erste Forderung die möglichste Ausdehnung der öffentlichen Irrenanstalten und Zurückdrängung der Privatansta ten aufstellt, wenn man auch nicht so weit zu gehen braucht, wie die conservativen und ultramontanen Redner, welche eine grosse Animosität gegen die „nur aus geschäftlichen Interessen unterhaltenen" Privatanstalten an den Tag legten. Als ob die kirchlichen Anstalten keine Geschäftsinteressen hätten. Die Herren Klosterbrüder hatten doch, wie der Process Mellage zeigte, sehr ausgesprochene geschäftliche Interessen.

Der von einzelnen Seiten, namentlich von conservativen Rednern, vorgebrachte Wunsch, die Aufnahme in die Irrenanstalten zu erschweren. wurde von den Abgeordneten Sattler, Limburg-Stirum und Rickert in sach,

verständiger Weise bekämpft. Letzterer verlangte mit Recht nur grössere Garantien dafür, dass Niemand in der Anstalt verbleibe, der sich nach genauer Beobachtung als nicht der Pflege bedürftig erweise, dass statt der Erschwerung der Aufnahme weitere Beobachtung und strengere Controlle in der Anstalt stattfinde.

Wenn auch die deutschen Irrenärzte mit dem Resultat der Verhandlungen, namentlich mit den Erklärungen des Herrn Cultusministers, nicht durchaus zufrieden sein können, so haben dieselben doch einen Erfolg gezeitigt, sie haben dazu beigetragen, im Volke und in den massgebenden Kreisen eine Klärung über die Lebensfragen des preussischen Irrenwesens, welche bisher nur in Fachkreisen discutirt worden waren, herbeizuführen und dasjenige Interesse für das Irrenwesen zu entwickeln, welches dasselbe bisher so schmerzlich vermissen musste. Hoppe.

Druckfehlerberichtigung.

Seite 367, Zeile 8 von oben statt: sensorischen Ideen, dass lies: „sensorischen Störungen fixirten Ideen, nämlich dass“.

Inhalt des October-Hefts.

B. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie.

II. Specielle Pathologie u. Therapie.

IV. Versammlungs-Bericht.

V. Tagesgeschichte.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XVIII. Jahrgang. 1895 November-December. Neue Folge VI. Bd.

I. Originalien.

I.

Ein Fall von secundärer (tabischer) Paralyse mit aufsteigender Degeneration im Tractus antero-lateralis (Gowers'sches Bündel).

Von W. Linke, II. Hilfsarzt an der Provinz-Irrenanstalt zu Tost (O.-S.).

Im XLII. Band der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie", S. 303 veröffentlichte Sommer-Allenberg unter dem Titel „Tabes mit Paranoia und terminaler Paralyse" einen Krankheitsfall, in welchem nach 12jährigem, gleichzeitigem Bestehen von Tabes und Paranoia eine allgemeine Paralyse auftrat und den Tod des Patienten herbeiführte. Ich bin in der Lage, im Folgenden über einen ähnlichen Fall berichten zu können, der sich, abgesehen von der etwas kürzeren Gesammtdauer (ca. 10 Jahre) von oben genanntem nur dadurch unterscheidet, dass die tabischen Symptome erst nach mehrjährigem Bestehen der Paranoia einsetzten. Während ausserdem Sommer sich auf Grund des bei der Section gewonnenen Hirnbefundes zu der Annahme gezwungen sieht, dass sein Kranker im Congestionsstadium der Paralyse verstorben sei, waren im vorliegenden Falle die paralytischen Veränderungen im cerebro schon makroscopisch in der schwersten Form in die Augen fallend. Ein besonderer Werth in pathologisch-anatomischer Hinsicht dürfte dem zu beschreibenden Fall noch beizumessen sein, insofern er gleichzeitig einen Beitrag liefert zur aufsteigenden Degeneration in dem (von Gowers entdeckten) Bündel des Seitenstrangs bei Tabes. Die Krankengeschichte unseres Falles ist zunächst folgende:

Hermann Z., Kanzlist, ledig, evangelischer Confession, ist am 8.|XI. 1855 geboren. Ueber hereditäre Verhältnisse, Kindheit und Jugendleben des Kranken ist leider nichts bekannt. Im Jahre 1884 macht er einen

Selbstmordversuch; über die Motive und den damaligen Geisteszustand fehlen objective Angaben. Einen zweiten Selbstmordversuch begeht er im November des Jahres 1885, indem er sich eine Kugel in die linke Brustseite jagt. Damals wird er zunächst in das Kloster der Barmherzigen Brüder zu Breslau aufgenommen, von hier jedoch, da er Verfolgungsideen äussert und wiederholt Fluchtversuche unternimmt, am 24.|XI. 1885 in das Allerheiligenhospital überführt. Hier wird links vorn am Thorax am unteren Rande der VI. Rippe eine in der Heilung begriffene Wunde constatirt. Geistig macht der Kranke einen völlig verstörten Eindruck. Er verlangt einen Revolver oder ein Messer, um sich das Leben nehmen zu können. Oft setzt er sich plötzlich im Bette auf und beginnt auf die „Freimaurer“ zu schimpfen; er giebt an, Stimmen zu hören, die ihm zurufen, er solle zu seinem Onkel kommen und in seiner Vaterstadt sterben. Im Hospital bleibt Patient ein Jahr, bis zum 23.|XI. 1886, und bietet hier im Ganzen dauernd dasselbe Bild. Zumeist sitzt er mit finsterer Miene, gelegentlich grimassirend auf einem Fleck, spricht weder spontan noch auf Fragen. Dabei steht er sichtlich beständig unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen; mitunter lacht er plötzlich laut auf oder wendet sich rasch und ängstlich um. Zu Zeiten wird er regsamer, hält Selbstgespräche, er sei von den Freimaurern jetzt freigesprochen worden und werde nun bald entlassen werden; dann wendet er sich auch gelegentlich an die Personen seiner Umgebung, nennt sie Freimaurer und bedankt sich für die Freisprechung.

Als „nicht mehr gemeingefährlich und unheilbar geisteskrank“ wird Z. am 23.|XI 1886 zunächst aus dem Allerheiligenhospital nach dem Wenzel-Haake'schen Krankenhaus und von hier am 15.|III. 1887 nach der Provinzial-Irrenanstalt zu Rybnik überführt. Unter seinen Sachen findet sich ein Revolver mit zugehörigen Patronen. Der in R. bei der Aufnahme erhobene Krankenbefund ist folgender: Grosser, magerer, schlanker Mann. Anomalien in der Gesichtsmuskulatur nicht vorhanden. Sprache unbehindert. Zunge etwas belegt, doch ohne Innervationsstörungen. Pupillen gleich weit, von normaler Reaction. Herz gesund. Ueber der linken Lunge etwas verschärftes Athmen. Unter der linken Brustwarze eine $^3/_4$ cm lange Narbe, eine zweite links seitlich am Thorax in der Höhe der V. Rippe (Ein- und Ausschussöffnung, vom ersten Selbstmordversuch herrührend); eine weitere, etwas eingezogene, quer gestellte Narbe von ca. 4 cm Länge und $^1/_4$ cm Breite links vorn am unteren Rand der VI. Rippe (vom zweiten Selbstmordversuch herstammend). — Ueber die ihn beherrschenden Wahnvorstellungen giebt Patient in den ersten beiden Jahren seines Anstaltsaufenthaltes nicht die mindeste Auskunft; ebenso leugnet er Sinnestäuschungen, obwohl sein ganzes Verhalten in der gleichen Weise wie im Hospital das Vorhandensein derselben mit Sicherheit erkennen lässt. In den ersten Monaten beschäftigt er sich etwas mit Liniiren und Abschreiben, später verlangt er zwar häufig noch Beschäftigung, hält jedoch nie lange dabei aus. Nicht selten drängt er nach Entlassung. Im April und Mai 1889 wird Patient für einige Wochen bettlägerig in Folge einer rheumatischen Affection der Schulter- und Fingergelenke. Bei dem am 17.|V. 1889 abgehaltenen Entmündigungstermin zeigt er noch dasselbe verschlossene unzugängliche Verhalten wie bisher, bald darnach jedoch ändert sich das Krankheitsbild. Patient verliert

jetzt mitunter die Fassung, äussert zunächst Verfolgungsideen mehr unbestimmter Natur, schimpft auf die Aerzte, erklärt sie für seine Peiniger. Er wird reizbar und heftig, einmal schlägt er plötzlich auf den Arzt los. Täglich kommt er bei der Visite mit allen möglichen Klagen und Wünschen, die Diät und seinen Aufenthalt betreffend. Wird ihm nicht gewillfahrtet, so geräth er in heftige Erregung, geht in lautem Tone lebhaft aus sich heraus, und in solchen Momenten gelingt es dann, einen genügenden Einblick in das Seelenleben des Kranken zu gewinnen: er behauptet, mit seinem Vormund in Verbindung zu stehen und sich stets mit ihm unterhalten zu können. Von ihm habe er auch erfahren, dass ein Wärter seine frühere Geliebte geheirathet habe. Auf diese führt er die Belästigungen zurück, denen er in der Anstalt ausgesetzt sei. Er werde beständig beschimpft: „Hund, Esel u. a.“ Er erklärt, ganz genau zu wissen, wo und wann verschiedene seiner Angehörigen gestorben seien und unter welchen Verhältnissen andere jetzt leben. Auf die Frage, wie das möglich sei, entgegnet er: „Die Erklärung heisst „Spailenti“. Seine Familie sei tief gedemüthigt worden, sein Grossvater habe unter Friedrich Wilhelm III. im Staube gelegen, so auch seine Nachkommen. Einer seiner Brüder befinde sich unter seinen Mitkranken. Er selbst sei ein Prinz von Hohenzollern, früher sei er in sehr bedrängter Lage gewesen; er habe sich syphilitisch inficirt und desshalb zwei Selbstmordversuche gemacht. — Derartige Aeusserungen macht Patient jedoch vorläufig immer nur im Affect. Sucht der Arzt auf die Ideen des Kranken während seiner ruhigen Zeiten zurückzukommen, so dissimulirt er und entgegnet meist nur: „Das war nur so gesagt.“

Am 2.|VII 1890 wird Patient, nachdem inzwischen die Eröffnung der hiesigen Anstalt erfolgt ist, in diese überführt. Hier bietet derselbe von Anfang an das Bild einer vorgeschrittenen chronischen Paranoia hallucin. im Stadium des Grössenwahns mit Uebergang in terminalen Schwachsinn. Meist ist er mürrisch und verdrossen, zeigt nicht das mindeste Verlangen nach irgend welcher Beschäftigung. Affectausbrüche treten spärlich und in stark abgeblasster Form auf, spontan werden Klagen oder Wünsche nur selten noch geäussert. Patient hält sich von jeglichem Verkehr fern, steht oder sitzt ganz in sich versunken abseits, schneidet gelegentlich Grimassen, lacht plötzlich vor sich hin oder hält leise Selbstgespräche. Die Neigung, seine Wahnvorstellungen zu dissimuliren, schwindet bald; wird er angesprochen, so wendet er sich entweder sofort, ohne zu antworten, trotzig und unwillig ab, oder er äussert mit stereotypen Wendungen, ohne sich immer an den Sinn der an ihn gerichteten Fragen zu halten, seine Verfolgungs- und Grössenideen, die eine besondere Tendenz zu exacter Systematisirung oder Expansion nicht erkennen lassen. Eine grosse Rolle spielen dabei stets die Freimaurer, sowie seine hohe Abstammung, ferner ein „grosses Mandat“, das er hier zu erfüllen habe, bevor er seine Freiheit wiedererlangen könne. Ich lasse zum Vergleich mit späteren Aeusserungen aus der paralytischen Zeit hier einige frühere des Kranken wörtlich folgen: 3.|VI. 1891: „Sie müssen es ja wissen, Herr Director, warum ich in R. war — wie der Bäckermeister in Pöpelwitz die Parade abnahm, als müsste ich dabei sein — einen richtigen Namen habe ich nicht, ich bin der Sohn des Königs Wilhelm (Sic!)

— Nun ja, als wenn der König Wilhelm keine Söhne hätte — Donnerstag waren es 154 Tage — ich will mich hier nicht in weitere Geschichten einlassen, ich weiss auch, dass Sie der Secretär B. sind.“ — 3.|XII. 1892: „Machen Sie, was Sie wollen, das Mandat muss doch ablaufen — ich bin verwundet hereingekommen — das hängt mit der Religion zusammen — ich bin jedenfalls von hoher Abstammung, habe hier so verschiedene Bilder gesehen — ich bin ein Hohenzoller — Sie sind ja auch ein Bruder von mir — Sie sollen auch der Graf G. sein.“ — In der oben skizzirten Form hält sich das psychische Bild hier constant 4 Jahre lang von 1890 bis 1894. Ende des Jahres 1892 wird eines Tages vom Wärter gemeldet, Patient habe einen Anfall gehabt. Es gelingt leider nicht mit Sicherheit, nach den Angaben die Natur des Anfalles festzustellen. Am wahrscheinlichsten liegt die Annahme eines ohnmachtsartigen Zustands. Jedenfalls waren im Anschluss daran weder besondere Schwäche noch Lähmungserscheinungen irgendwelcher Art constatirt. Ein gleicher oder ähnlicher Zustand kommt späterhin nie mehr zur Beobachtung. Auch während der terminalen paralytischen Krankheitsperiode kommt es nicht zu Anfällen.

Im Frühjahr des Jahres 1894 treten zunächst in somatischer Beziehung eine Reihe neuer Symptome im Krankheitsbild auf, welche die Annahme einer beginnenden Erkrankung der Medulla und des Rückenmarks nahe legen. Als erstes macht sich eine Störung der Articulation bemerkbar, deren erste Spuren sich allerdings eine geraume Zeit nach rückwärts verfolgen lassen, die aber bis dahin nie mit solcher Deutlichkeit sich kenntlich gemacht hat, dass man auf einen krankhaften Process im Bulbus hätte schliessen können. Ihrem Character nach entspricht die vorhandene Störung der Sprache der im Anfangsstadium der Bulbärparalyse zu constatirenden Erschwerung der Articulation. Die Sprache erhält einen eigenartig-stotternden Beiklang, indem die Zunge vor dem Anlauten der Lingualen zunächst eine Reihe unzweckmässiger Bewegungen ausführt. Ausserdem lässt sich feststellen, dass die Zunge schmaler und spitzer wird, lebhaft zittert und zwar gerade, aber unvollkommen vorgestreckt wird. Eine Lähmung der Lippen stel t sich nicht ein, auch von Seiten des Gaumens und Schlundes bleiben Störungen vor der Hand aus; eine wesentliche Beeinträchtigung des Schluckvermögens tritt erst in den letzten Monaten vor dem Tode ein. Neben der eben skizzirten Articulationsstörung wird im April 1894 bei dem Kranken zuerst beim Treppensteigen eine gewisse Unsicherheit in den Bewegungen der Beine beobachtet, die rasch zunimmt und den Kranken von nun an für immer ans Bett fesselt. Eine jetzt vorgenommene Untersuchung ergiebt deutliche Ataxie der unteren Extremitäten, aufgehobene Patellarreflexe und Schwanken bei Augenschluss. Im Laufe der nächsten Wochen verschlimmern sich die auf eine Affection des Rückenmarks hindeutenden Störungen auffallend rasch, so dass bereits nach Ablauf von zwei Monaten das Bild der Tabes dorsalis sich in vollendeter Form präsentirt. Der Gang des Patienten zeigt jetzt in markanter Weise das Schleudern und Stampfen des Tabikers, bei Schluss der Augen vermag er auch nicht einen Moment sich gerade zu erhalten, die Patellarreflexe sind beiderseits total erloschen; die Pupillen sind mittelweit, die rechte eine Spur weiter als die linke, beide sind reflectorisch auch bei greller Lupen-

beleuchtung im dunkeln Raum absolut starr; an den Papillen werden weder jetzt noch später krankhafte Veränderungen wahrgenommen. Eine Prüfung der Sensibilität scheitert an dem misstrauischen und abweisenden Verhalten des Kranken. In psychischer Hinsicht hat sich im Krankheitsbilde bis jetzt nichts geändert Patient spricht im Ganzen wenig, äussert sich nicht über subjective Beschwerden.

Ende Juli 1894 treten im psychischen Bilde die ersten Anzeichen auf, die auf eine beginnende progressive Paralyse hindeuten. Patient wird jetzt regsamer und redseliger, fängt an, in der Nacht laut vor sich hinzusprechen, zeitlich vermag er sich nicht mehr zu orientiren. Der Vorstellungsablauf wird beschleunigt, die Grössenideen werden abundant; dabei laufen dauernd noch Schlagwörter, aus den fixirten paranoischen Wahnvorstellungen stammend, mit unter (Freimaurer, fürstliche Abstammung). Das Gleiche gilt von den Gehörstäuschungen, die sich bis gegen das Ende hin mit Sicherheit nachweisen lassen. Einige kurze Proben mögen hier Platz finden: 26.|VII. 1894: (Was sind Sie von Beruf?) — „Nun, ich lebe vom Gelde.“ — (Womit haben Sie Ihr Geld verdient?) Gar nicht, das besitze ich als Sohn des Kaisers von China.“ — (Wieviel mag es wohl sein?) „O, viele Millionen, ich muss raus hier, ich könnte Champagner saufen, soll ich denn hier bleiben bis zum Tage der Freimaurer, dem 32?“ — (Wie heisst denn der Kaiser von China?) „Ja, da müssen Sie die Mutter fragen.“ — (Wo wohnt denn Ihre Mutter?) „Die ist hier, sie hat eben gesprochen. „Solcher Blödsinn“ hörte ich meine Mutter sagen.“ — 10.|VIII. 1894. „Der Kaiser war da vor mehreren Tagen, der sagte, ich solle in Europa bleiben und jeder siebente soll 5 Millionen kriegen. Ich war auch Assistenzarzt und habe den Richard gepflegt. 10,000 Millionen habe ich Grundbesitz in 5 Erdtheilen. Ich möchte rüber zu meiner Mutter, die möchte mich haben, dann wollen wir Europa durchsuchen; der Kaiser hat mir ja Russland gegeben und Polen und den Balkan.“ — Körperliche Begleiterscheinungen, welche die Diagnose „progressive Paralyse“ sichern, lassen jetzt nicht mehr lange auf sich warten. Patient wird zusehends unbeholfener und hinfälliger; schon im October 1894 vermag er nicht mehr ohne Unterstützung zu stehen und zu gehen. Die Muskulatur der unteren Extremitäten wird atrophisch. Auch die oberen Extremitäten befällt Tremor und Ataxie. Die Zunge variirt jetzt nach rechts, der Facialis zeigt Differenzen der Innervation. Zu der articulatorischen Störung tritt die coordinatorische, die Sprache häsitirt jetzt und stolpert. Eine im October erhobene Schriftprobe ist typisch-paralytisch. Im November tritt eine trophische Störung in der Gegend des rechten Trochanters auf, dabei pflegt Patient dauernd auf der linken Seite zu liegen. Die Haut röthet sich an genannter Stelle, darauf heben sich zunächst mit gelblicher Flüssigkeit gefüllte Blasen ab, später kommt es zu geschwürigem Zerfall. Am 25.|I. 1895 wird notirt: Seit einigen Tagen Fieber bis 39,9. Patient vermag nicht mehr zu stehen und zu gehen, die unteren Extremitäten sind in Beugecontracturstellung übergegangen. Die Zunge wird beständig im Munde hin und her gewälzt, die Kiefer klappen rythmisch auf einander; letzteres sucht Patient selbst zu verhindern, indem er den Unterkiefer festhält. Die Sprache ist lallend, eben noch verständlich. An der oben erwähnten Stelle hat sich

ein handflächengrosser, bis auf den Muskel gehender, geschwüriger Zerfall gebildet, der jeder localen Therapie Trotz bietet. Das Schluckvermögen ist jetzt sehr erschwert, Patient geniesst nur Flüssiges. Häufig ist er unsauber, gelegentlich kommt es zu diarrhoischen Stühlen. Geistig ist völlige Verwirrung hereingebrochen; dabei hört der Kranke noch immer sich rufen und vermuthet nebenan seine Mutter. Im Februar entsteht am linken Ohr, auf dem Patient dauernd liegt, ein Hämatom, im März hebt sich am Daumen und kleinen Finger der linken Hand die Epidermis auf leicht geröthetem Grunde in Blasen ab. Am 10. April wird Fieber über 40,0 bei lobulärpneumonischen Erscheinungen in den unteren Lungenpartieen constatirt; es besteht krampfhaftes Grimassiren, Zähneknirschen, Rollen der Bulbi, Wälzen der Zunge, klonischer Krampf des Platysma, athetoseartige Bewegungen der oberen Extremitäten. Am 16.|IV. 1895 erfolgt der Tod des Kranken.

Der Sectionsbefund ist am Centralnervensystem folgender: Schädeldach symmetrisch gebaut, nicht wesentlich verdickt. Dura mater in geringem Grade verdickt, aussen und innen glatt. Nach dem Zurückschlagen der Dura erscheinen beide Hemisphären mit einer dicken Schicht schwappenden, sulzigen Piagewebes bedeckt, durch welche das stark zurückgetretene Hirn mit tief klaffenden Furchen und erheblich reducirten Windungen, die zumal vorn zu schmalen Leisten geschrumpft sind, hindurchschimmert. Der Blutgehalt der Pia ist mässig, die Membran ist im Ganzen verdickt, leicht diffus, in der Umgebung der Gefässe stärker getrübt. Beim Versuch, die Pia abzuziehen, folgt über dem ganzen Hirn die Rinde in grossen Fetzen nach. Drittes Ventrikel, sowie ein Seitenventrikel sind beträchtlich erweitert und mit hellgelb gefärbter, klarer Flüssigkeit gefüllt; das Ependym ist in allen Ventrikeln, am stärksten im vierten, deutlich granulirt, die Hirnsubstanz ist feucht, von mittlerem Blutgehalt. Eine macroscopisch nachweisbare Gefässerkrankung fehlt. Im Spinalkanal ist die Dura ebenfalls verdickt, die Pia leicht diffus getrübt. Auf frischen Querschnitten des Rückenmarks ist eine Degeneration der Hinterstränge durch leichte Graufärbung eben angedeutet, jedoch macroscopisch durchaus nicht markant. Das Gesammthirngewicht einschliesslich des noch in der Farbe befindlichen Rückenmarks betrugen bei dem übermittelgrossen Manne 1078 g.

Ausser Theilen des Grosshirns werden Hirnstamm und Rückenmark in toto in Chrom gehärtet und nach Weigert, Pal und mit Carmin gefärbt. Das Ergebniss der microscopischen Untersuchung ist folgendes:

Die Hinterstränge sind durch die ganze Länge des Marks degenerirt, und zwar ist im Lendenmark mit Ausnahme des ventralen Feldes und der medianen Zone Flechsig's der Hinterstrang auf seinem ganzen Querschnitt betroffen. Im unteren Brustmark erscheint zunächst beiderseits im Keilstrang von der Commissur am Hinterhorn entlang ziehend ein schmaler, weniger intensiv afficirter Saum, der nach oben in seiner ganzen Ausdehnung allmählich breiter und im Weigert'schen Bilde dunkler wird, die Degeneration im Goll'schen Strang rückt näher an die Commissur und reicht im oberen Brustmark bis dicht an dieselbe heran. Im unteren Halsmark verbreitert sich der oben erwähnte, dem Hinterhorn anliegende, freie Saum im Burdach'schen Strang nach innen, und zwar zunächst in der Peripherie, weiter nach oben in seiner ganzen Tiefe. In der mittleren Partie des

Halsmarks restirt im Burdach'schen Strang noch beiderseits ein vom Centrum nach der Peripherie ziehender, degenerirter Streifen, welcher diese jedoch nicht ganz erreicht und von dem total degenerirten Goll'schen Strang durch eine in geringerem Grade betroffene Partie getrennt ist. Im oberen Halsmark betrifft die Degeneration den Goll'schen Strang allein und rückt dann in diesem im Uebergang zur Medulla wieder langsam von der Commissur nach der Peripherie hin ab. Die letzten Spuren einer Degeneration lassen sich im Hinterstrangrest nach oben bis in die Gegend der Mitte der unteren Olive verfolgen.

In der Lissauer'schen Zone ist ein erheblicher Faserschwund durch die ganze Länge des Marks deutlich.

In den Clarke'schen Säulen ist besonders in der unteren Hälfte des Brustmarks ein beträchtlicher Markschwund des feinen Fasergerüstes wahrzunehmen.

Die hinteren Wurzeln sind am Auffallendsten in der Gegend der Lendenanschwellung in Atrophie begriffen.

Pyramidenvorder- und Seitenstrang sind durch die ganze Länge des Marks hindurch von einem Faserausfall betroffen, der in seiner Intensität gerade hinreicht, um im Weigert'schen Bilde die Stränge als leicht heller schattirte Partien deutlich abgegrenzt hervortreten zu lassen.

Im Kleinhirnseitenstrang ist an keiner Stelle des Rückenmarks eine Degeneration mit Sicherheit nachweisbar.

In der Höhe des Abgangs des V. Cervicalnerven setzt eine Degeneration im Tractus antero-lateralis ein. Dieselbe nimmt nach oben hin an Intensität zu, dabei wird gleichzeitig das von ihr eingenommene Feld immer enger. In der Gegend des unteren Endes der Pyramidenkreuzung ist der sclerosirende Process in dem genannten Bündel so intensiv, dass die von ihm betroffene Stelle im Weigert'schen Querschnittsbilde mit blossem Auge als helle Partie mit verhältnissmässig scharfen Contouren leicht erkannt wird. In ihrer Form zeigen sich zwischen rechts und links deutliche Differenzen. Rechterseits liegt die degenerirte Stelle der Peripherie des Markes unmittelbar vor der Kleinhirnseitenstrangbahn in einer Ausdehnung von 1 mm an, sie hat im Ganzen hier eine rundliche Form, ihr grösster Durchmesser beträgt $1^1/_2$ mm. Linkerseits hat die afficirte Partie im Querschnittsbild eine dreischenklige Gestalt. Der Winkel, in welchem die drei Schenkel zusammenstossen, liegt ca. $1^1/_2$ mm von der Peripherie ab, von ihm aus zieht ein Schenkel auf die Peripherie zu, ein zweiter in einem nach innen offenen Bogen nach vorn, der dritte wendet sich nach hinten zwischen Kleinhirnseitenstrang- und seitlicher Grenzschicht nach dem Pyramidenseitenstrang hin. Die Länge eines jeden Schenkels beträgt ca. 1 mm. Eine Linie, welche die Spitzen beider Vorderhörner verbindet, trifft nach rechts und links verlängert die Mitten der degenerirten Partien. Nach abwärts im Halsmark rückt dann auf beiden Seiten die Mitte und damit der Kern der degenerirten Stelle allmählich mehr nach innen und hinten; dieselbe nimmt auch linkerseits eine mehr rundliche Form an. In der Gegend des Abgangs des II. und III Cervicalnerven geht von dem am meisten peripher gelegenen Theile der degenerirten Partie ein allmählich sich verjüngender Streifen in einem nach innen offenen Bogen beiderseits nach vorn bis dicht

an die Türk'schen Säulen heran. In der Gegend des Abgangs des IV. Cervicalnerven wird die Degeneration undeutlich, um dann in der Höhe des V. Cervicalnerven allmählich ganz zu verschwinden. Nach aufwärts von der oben genauer beschriebenen Stelle am unteren Ende der Pyramidenkreuzung nimmt die Degeneration ebenso wie nach unten an Intensität ab, wobei auch hier gleichzeitig der von ihr betroffene Raum im Querschnitt langsam an Grösse zunimmt. Auch linkerseits rückt dabei die degenerirte Stelle an die Peripherie heran und wird auch in ihrer Form der rechten Seite gleich. Je grösser durch den Uebertritt der Fasern vom Pyramidenseitenstrang her vorn die Pyramiden werden, um so näher rückt die sclerosirte Stelle auf beiden Seiten an diese heran. In der Gegend des unteren Olivenendes lässt sich die afficirte Partie nur noch undeutlich gegen die Umgebung abgrenzen, und weiter als bis zu der Stelle, wo der untere Theil der Olive sich der Peripherie der Medulla genähert hat, ist es mir nicht gelungen, die Degeneration mit Sicherheit nach oben hin zu verfolgen.

Als besonders markanter Befund in der Medulla muss noch hervorgehoben werden ein erheblicher Faserschwund in dem feinen Netzwerk des Hypoglossuskernes, der sich in der ganzen Länge desselben, in besonders hohem Grade aber in dessen unterer Hälfte bemerkbar macht. Auch die austretenden Wurzeln des Nerven sind durchweg deutlich atrophisch.

Von verschiedenen Partien des Grosshirnmantels entnommene Schnitte zeigen durchweg erheblichen Schwund der markhaltigen feinen Nervenfasern.

Sectionsbefund und Ergebniss der microscopischen Untersuchung bestätigen demnach die klinische Diagnose in allen Stücken. Die anfängliche Störung der Articulation erklärt sich aus der krankhaften bulbären Affection des Hypoglossus; den tabischen Erscheinungen entspricht die Degeneration in den Hintersträngen; mit dem terminalen paralytischen Bilde endlich correspondirt der chronisch-entzündliche und atrophische Process in cerebro. Es ist zu bedauern, dass uns bezüglich der erblichen Belastung des Kranken jede Angabe fehlt. Jedenfalls macht es die Form der primären Psychose im höchsten Grade wahrscheinlich, dass sich dieselbe auf der Basis ererbter Disposition entwickelt hat. Für das Entstehen des secundären Leidens giebt uns in ätiologischer Beziehung die Angabe des Kranken, dass er sich syphilitisch inficirt habe, wenigstens einen Fingerzeig. Freilich fällt diese Angabe schon in die Zeit seiner Paranoia, doch werden wir immerhin mit der Möglichkeit eines realen Hintergrundes rechnen dürfen. Was den Zeitpunkt des Einsetzens der secundären Erkrankung unter tabischen Symptomen anlangt, so werden wir allerdings nicht mit Bestimmtheit behaupten wollen, dass das Leiden erst genau zu der Zeit begonnen habe, wo es constatirt wurde. Wir werden vielmehr die Möglichkeit zugeben, dass es vielleicht schon im Laufe einiger vor diesem Zeitpunkt liegender Monate sich schleichend und unbemerkt entwickelte. Gegen die Annahme aber, dass etwa eine Tabes schon Jahre lang unbemerkt neben der Paranoia bestanden habe, spricht, ganz abgesehen von dem Fehlen subjectiver Klagen und objectiver Befunde, das Ergebniss der microscopischen Untersuchung des Rückenmarks, welches eine verhältnissmässig frische Tabes aufweist, ferner auch die Tendenz des Processes zu rapidem Fortschritt. Auch fehlte die bei dem Nebeneinanderbestehen von Tabes und Paranoia zumeist zu constatirende

Neigung der Kranken, ihre tabischen Schmerzen und Parästhesien zum Ausbau ihres Wahnsystems zu verwerthen, im vorliegenden Falle gänzlich.

Der Tractus antero-lateralis ist als solcher 1880 von Gowers von der Kleinhirnseitenstrangbahn abgegrenzt worden. Derselbe beobachtete später auch die aufsteigende Degeneration in dem genannten Strange bei Tabes. Bechterew gelang es 1885, das Faserbündel mit Hülfe der Flechsig'schen Methode im Seitenstrang abzugrenzen. Weitere Arbeiten über dasselbe liegen vor von Tooth, Löwenthal, Mott, Francotte. Während man anfänglich annahm, dass die in dem Strange verlaufende Bahn im nucleus lateralis endige, soll dieselbe nach neueren Angaben die ganze Länge der Medulla durchlaufen und erst mit den Bindearmen sich dem Kleinhirn zuwenden. Als Beleg für den Zusammenhang des Stranges mit den hinteren Wurzeln der gekreuzten Seite lässt sich unser Fall nicht heranziehen, da die Degeneration in den Goll'schen Strängen eine beiderseits symmetrisch-gleiche ist und die Degeneration im Gowers'schen Bündel wohl in ihrer Form, nicht aber in ihrer Intensität eine Differenz zwischen rechts und links aufweist.

Es erübrigt bei der Besprechung des vorliegenden Falles, auf das Verhältniss der Tabes zur Paralyse einzugehen, über das seit den grundlegenden Arbeiten Westphal's eine äusserst reichhaltige Litteratur erstanden ist. Das Schwergewicht liegt in unserem Falle auf dem Hinzutreten der durch ein anatomisch-nachweisbares Hirnleiden bedingten Psychose zur functionellen. Dass mit der letzteren Bezeichnung dieser Form von Seelenstörungen ihr pathologisch-anatomisches Substrat heute nicht mehr bestritten werden soll, braucht wohl nicht besonders betont zu werden. Die Bezeichnung „secundäre Paralyse“ für diese Fälle stammt von Hinstermann. Während v. Krafft-Ebing noch im Jahre 1866 in einem Aufsatz über „Dementia paralytica und Irresein mit Lähmung“ als höchst unwahrscheinlich hinstellte, dass „Dementia paralytica als selbstständige Psychose zu einer früheren complicirend hinzutrete“, stellte Hinstermann 1875 aus 160 in der Meynert'schen Klinik behandelten männlichen Paralysen 3 Fälle zusammen, in denen die Paralyse zu einer seit Jahren bestehenden Paranoia hinzutrat. Keiner von diesen 3 Fällen ist durch Sectionsbefund belegt. In der Folge sind die Angaben über „secundäre Paralyse“ in der Litteratur, wie auch Leppmann auf der 62. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte betonte, so auffallend dürftige, dass man schon hieraus mit Recht auf die Seltenheit des Vorkommnisses wird schliessen können. Auszuschliessen sind naturgemäss von der als „secundäre Paralyse“ zu bezeichnenden Krankheitsform alle die Fälle, in denen im vorgeschrittenen Alter eine Paranoia in senile Demenz mit Lähmungserscheinungen und Atrophie des Gehirns übergeht. Desgleichen gehören nicht hierher Fälle mit einer der Paralyse unmittelbar voraufgehenden Melancholie oder Manie: bei der ersteren wird man Andeutungen von Lähmungserscheinungen, welche auf eine bereits beginnende Paralyse hinweisen, sowie gewisse suspecte Eigenheiten im psychischen Bilde wohl nie vermissen, während in den Fällen, wo man glauben könnte, es habe sich um eine der Paralyse voraufgehende reine Manie gehandelt, die motorischen Begleiterscheinungen, so lange sie leichterer Natur waren, vielleicht nur hinter dem maniakalischen Bilde versteckt

lagen. Eine Paranoia acuta mit Beschleunigung des Vorstellungsablaufs, falls sie solche einer Paralyse unmittelbar vorausging, wird ebenfalls den Verdacht wachrufen, dass hier die scheinbar primäre Psychose bereits selbst Paralyse war. Als reine Fälle „secundärer Paralyse“ bleiben demnach solche übrig, bei denen sich auf eine chronische Paranoia die Paralyse aufpfropft; bei diesen aber dürften wir auch heute noch in dem Einsetzen der Paralyse das Hinzutreten eines Novum zu erblicken haben und werden nicht annehmen können, dass es sich hierbei etwa nur um das Foudroyantwerden des zuvor die Paranoia bedingenden Krankheitsprocesses in cerebro handle. Mag man immerhin zugeben, dass auch in der sogenannten „erblichen Belastung“ im Grunde doch nur eine organisch bedingte Schädigung ihren Ausdruck finde, mag man weiterhin den streng anatomisch Denkenden sogar die weitgehende Concession machen, dass auch die psychischen Erscheinungen der Paranoia in ähnlicher Weise wie die der Paralyse durch einen Ausfall nervöser Elemente bedingt seien, am einzelnen Falle wird man die den beiden Arten von Seelenstörung zu Grunde liegenden krankhaften Processe doch ebensowenig identificiren dürfen, als man beispielsweise versuchen wird, die reactiven, pneumonischen Erscheinungen in der Lungenspitze eines an Spitzentuberculose Leidenden in directen Zusammenhang zu bringen mit einer bei demselben Kranken im Unterlappen auftretenden, in wenigen Wochen vielleicht tödtlich endenden Pneumonia crouposa. Das Fehlen der Lähmungserscheinungen bei der Paranoia, ferner der Umstand, dass es sich bei den initialen psychischen Störungen der Paralyse weit mehr um eine Störung im Ablauf als im Inhalt der Vorstellungen handelt, beides lässt uns auf einen verschiedenen Ort und eine verschiedene Art des ersten Angriffs der Processe in cerebro schliessen. Bedenkt man weiterhin, dass der Belastete von Haus aus die Disposition für sein psychisches Leiden in sich trägt, welches dann in dem einen Falle unter allen Umständen, in dem anderen vielleicht unter dem begünstigenden Einfluss dieses oder jenes Milieus zum Ausbruch kommt, der Paralytiker dagegen sich den Boden für sein Leiden selbst im eigenen Leben vorbereitet, so wird man nicht mehr anstehen dürfen, die „secundäre Paralyse“ als einen neuen Krankheitsprocess zu betrachten, der complicirend zu einem in cerebro bereits vorhandenen hinzutritt. Eine besondere Stütze findet diese Ansicht in Fällen, wie der unsrige, wenn nämlich bulbäre und spinale Symptome das paralytische Bild einleiten. Im Allgemeinen dürfte auch für die sogenannte secundäre Paralyse der Satz Geltung haben, den ich Neisser's Aufsatz „Mittheilung über vorausgegangene Psychosen bei Paralytikern“ entnehme: „Namentlich wenn man die Paralyse, wie einige Autoren es thun, schlechterdings als eine postluetische Erkrankung auffasst, ist nicht recht einzusehen, warum gerade psychopathische Individuen von ihr verschont bleiben sollten.“ Hervorheben will ich noch, dass unser Fall bestätigt, was schon Hinstermann in den von ihm beschriebenen Fällen beobachtete, nämlich das „Hineinragen fixirter Wahnideen der Verrücktheit in das psychische Bild der Paralyse“. Ebenso haben wir gesehen, dass Hallucinationen trotz vorgeschrittener paralytischer Demenz sich noch mit Sicherheit constatiren liessen.

Litteratur-Verzeichniss.

1. Dementia paralytica und Irresein mit Lähmung. Von Dr. von Krafft-Ebing, Hilfsarzt in Illenau. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Band 23, S. 181.
2. Zur grauen Degeneration des Rückenmarks in ihrer Beziehung zu den Psychosen, besonders zu der Synphrenia sexualis. Von Dr. Ludwig Kirn, Hilfsarzt in Illenau. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, Band 25, S. 114.
3. Ueber mit Tabes dorsalis complicirte Psychose. Von Dr. Tigg's, zweitem Arzt in Marsberg. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Band 28, S 245.
4. Ueber Tabes dorsalis mit finaler Geistesstörung. Von Dr. R. von Krafft-Ebing zu Baden-Baden. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Band 28, S. 578.
5. Ueber secundäre progressive Paralyse. Beobachtungen von der psychiatrischen Klinik des Herrn Reg.-Rathes Prof. Meynert in Wien, mitgetheilt von Dr. C. E. Holstermann, klin. Assistent. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Band 32, S. 333.
6. Tabes mit Paranoia und terminaler Paralyse. Von W. Sommer, Assistenzarzt der ostpreuss. Prov.-Irrenanstalt Allenberg Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Band 42, S. 303.
7. Aus der Provinzial-Irrenanstalt zu Laubus. Mittheilung über vorausgegangene Psychosen bei Paralytikern. Von Dr. Clemens Neisser, Oberarzt an der Anstalt. Berliner klin. Wochenschrift 1894, Nr. 38
8. Zur Casuistik der Psychosen bei Tabes. Von Dr. Otto Hebald, Oberarzt an der brandenb Landes-Irrenanstalt zu Soran i. B. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Band 44, S. 39.
9. Tabes dorsualis (graue Degeneration der Hinterstränge) und Paralysis univers. progressiva. Von Dr. C. Westphal, erstem Assistenzarzt an der Irren-Abtheilung der Königl. Charité und Privatdocenten zu Berlin. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 20, S. 1.
10. Westphal: Ueber Erkrankungen des Rückenmarks bei der allgem. Paralyse der Irren. Virchow's Archiv, Bd. XXXIX, 1867.
11. Lissauer: Beitrag zum Faserverlauf im Hinterhorn des menschlichen Rückenmarkes und zum Verhalten desselben bei Tabes dorsalis. Archiv für Psychiatrie, XVII, 2 1886.
12. W. R. Gowers: On the antero-lateral ascending tract of the spinal cord. Lancet I, p. 1153, 1886.
13. Gowers: Bemerkungen über die anterolaterale aufsteigende Degeneration im Rückenmark. Neurol. Centralbl. V, p. 897 u. p. 150, 1886.
14. Tooth, Howard H.: A contribution to the topographical anatomy of the spinal cord. St. Bartholomows Hospital Reports XXI.
15. Bechterew: Ueber einen besonderen Theil der Seitenstränge des Rückenmarkes und über den Faserursprung der grossen aufsteigenden Trigeminuswurzel. Arch. f. Anat. und Physiol., 1 u. 2, p. 1, 1886.
16. De la dégénérescence ascendante secondaire du prisceau de Gowers. Par le Dr. X. Francotte. Bruxelles 1889.

II.

Anomalies histologiques du cerveau des épiléptiques et des criminels-nés.

Par le docteur L. Roncoroni, Libre Docent de Psychiatrie.

(Communication préventive.)

Ayant dû porter, pour bien d'années, comme chef de clinique du professeur Lombroso, une attention plus spéciale à l'histologie pathologique des cerveaux des épiléptiques, j'ai commencé à en examiner les cerveaux, endurcis dans le liquide de Müller, et quelquefois de Flemming, avec les colorations de Weigert, Pal, à l'hématoxyline alunée, carmin ammoniacal, picrocarmin et fucsine; mais avec ces méthodes je n'ai pas obtenu des données caractéristiques. Alors j'ai recouru au durcissement avec l'alcool. et avec cette méthode se présentèrent tout de suite des profondes anomalies morphologiques.

La méthode dont je cherche maintenant d'intégrer les résultats avec la méthode Golgi, est la suivante:

Durcissement en alcohol; inclusion en paraffine, coloration avec:

Bleu de méthyl: solution aqueuse saturée	parties 30
Borate de soude: solution acqueuse 5%o	„ 20
Eau distillée	„ 50

On filtre; on laisse agir la substance colorante pour 20'; on peut rendre plus rapide la coloration en chauffant à la lampe jusqu'à développement de fumées.

On ôte l'excès de substance colorante avec de l'eau.

On décolore avec:

Alcool absolu	parties 90
Huile d'aniline	„ 10

On verse 5 cmc. de la solution dans un verre à montre, et l'on y ajoute une goutte d'une solution alcoolique saturée d'éosine.

On complète après la décoloration et la déshydratation avec de l'alcool absolu, on lave abondamment les sections avec du xylol et l'on monte dans le baume de Canada.

La méthode donne des images très claires des cellules nerveuses et des diramations principales des prolongements protoplasmiques; on voit comme dans un schème la disposition des couches.

J'ai examiné ainsi jusqu'à présent les lobes frontaux de 10 normaux, 2 nouveau-nés, 18 épiléptiques[1]), 16 criminels, 8 fous, 11 animaux.

[1]) Une partie de ces cerveaux d'épiléptiques m'a été envoyée, après demande du prof. Lombroso, par les prof. Tamburini, Raggi, Tanzi et Mingazzini, et par les docteurs Tirelli, Stefani, Gonzales et Giacchi (directeurs des Asyles de Vérone, Milan et Cuneo), ce dont nous les rémercions dès à présent.

Dans les normaux la méthode démontre, pour les lobes frontaux, l'existence des couches suivantes:

1. Couche moléculaire; 2. couche superficielle de très petites cellules, ou couche granulaire superficielle; 3. couche des petites cellules pyramidales; 4. couche des grandes cellules pyramidales; 5. couche profonde de très petites cellules, ou couche granulaire profonde; 6. couche des cellules polymorphes.

Certainement les couches ne sont pas nettement tranchées, et dans chaque couche il y a plusieurs sortes de cellules, mais dans chaque couche il y a un grand nombre de certains éléments qui lui donne une physionomie spéciale et permet de lui donner une dénomination particulière.

J'ai modifié légèrement la classification de Meynert (qui distingue seulement 5 couches). pour rendre plus claire la désignation des parties; mes deuxième et troisième couches correspondent à la deuxième couche de Meynert.

Les deux couches granulaires sont trés évidentes, et constituées de plusieurs rangées de cellules nerveuses très petites. La couche granulaire profonde n'est pas uniformement développée dans tous les points des lobes frontaux, ni dans tous les individus, ni la trouve-t-on toujours à la même profondeur, et en certains cas elle semble diviser en deux la couche des grandes cellules pyramidales, mais elle est toujours bien évidente.

Dans les nouveau-nés il existe la même disposition fondamentale, mais les cellules nerveuses n'ont pas encore leur aspect caractéristique, spécialement dans la couche profonde des granules qui semble encore être constitué presque exclusivement de névroglie. Peut-être c'est pour cela et pour le fait que, comme nous verrons, dans les animaux (sauf les singes) la couche granulaire profonde n'existe pas, que Golgi n'a pas cru devoir en admettre l'existence. Mais avec la méthode indiquée elle apparaît avec la plus grande évidence.

Sur les 18 épiléptiques étudiés, la structure histologique des lobes frontaux était modifiée en 15; les données plus importantes étaient:

1. La couche granulaire profonde n'existe pas (6 cas), ou est très rudimentale (9 cas); la couche granulaire superficielle est très réduite. Dans les cas où la couche granulaire profonde est très réduite, les cellules nerveuses sont souvent très peu nombreuses et remplacées en partie par la névroglie.

1. Le type des cellules est diffèrent du normal; il y a préponderance des grandes cellules pyramidales et polymorphes, pendant que dans le normal prévalent les cellules petites, triangulaires, étoilées. Aussi est moins régulier le passage des petites cellules superficielles (couche granulaire superficielle) aux grandes cellules pyramidales par des petites cellules pyramidales; on passe presque brusquement des très petites cellules superficielles aux grandes cellules pyramidales. Les cellules pyramidales géantes sont beaucoup plus nombreuses que dans les normaux.

3. Dans la substance blanche des cerveaux des normaux les cellules nerveuses sont très rares, ou font défaut. Au contraire dans les épileptiques elles sont beaucoup plus nombreuses, et dans certains cas (avec un

grossissement de 100 D.) on en rencontre 20—30 dans chaque champ microscopique. Cette donnée est moins constante des autres.

De 3 épiléptiques, dont la structure est normale, 2 avaient une èpilépsie acquise (l'un à 30 ans et l'autre à 20 pour alcoolisme), et du troisième je ne puis pas me rendre garant de la diagnose, parce que je ne l'ai pas étudié vivant.

On peut reconnaître les données exposées aussi avec les cerveaux durcis en Müller, mais leur évidence est bien moindre, parceque la méthode que j'indique donne une image beaucoup plus claire des cellules qui ressortent en bleu sur un fond blanc ou couleur de rose.

J'ai aussi étudié 10 criminels graves, avec récidive: et j'ai trouvé chez 4 les 2 première anomalies, moins distinguéss la troisième; chez 2 la couche granulaire profonde ne faisait pas défaut, mais elle était peu développée; les autres 4 n'étaient pas altérés. Dans 6 criminels d'occasion j'ai trouvé seulement en 3 un développement de la couche granulaire profonde moindre que dans les normaux.

Chez 8 fous (1 cretin, 1 pellagreux, 2 déments consécutifs, 2 paralitiques généraux) les données étaient normales, sauf dans le crétin, où l'on rencontrait les mêmes altérations comme dans les épiléptiques.

Dans les animaux (macacus, chiens, chats, lapins, cobayes, bœuf, poule) la couche granulaire superficielle fait souvent défaut, et la couche granulaire profonde n'existe pas, sauf dans le singe, où elle est quelque peu évidente.

Le travail détaillé, avec planches micro-photographiques et documents sera publié dans l'Archivio di Psichiatria e Antropologia criminale, janvier 1896.

Turin, 1. novembre 1895.
(Clinique Psychiatrique de Turin).

III.

Ueber die Ursachen der Tabes.

Von Geh. Sanitätsrath Dr. Voigt, Bad Oeynhausen.

Die Thatsache, dass unter allen Schädlichkeiten, die man mit der Entstehung der Tabes in ursächlichen Zusammenhang bringt, Schanker und sec. Syphilis die hervorragendste Stellung einnehmen, ist durch vielfache statistische Erhebungen festgestellt. Es bedarf daher beinahe einer Entschuldigung, dass ich nochmals einen kurzen Bericht bringe über das, was mir in dieser Angelegenheit die Untersuchung eines weiteren verhältnissmässig grossen Beobachtungsmaterials ergab. Ich weiss indess aus Erfahrung, dass es immer noch eine ganze Anzahl von Aerzten giebt, die rücksichtlich der Aetiologie der Tabes Ansichten huldigen, die sich mit den wirklich bestehenden Verhältnissen nicht vertragen. Eine wiederholte Besprechung derselben dürfte daher wohl am Platze sein.

Im Jahre 1885 erwähnte ich im Centralblatt für Nervenheilkunde (S. 169) 219 von mir untersuchte Fälle typischer Tabes, in denen in 76 v. H. Schanker oder secundäre Syphilis dem Einsetzen der Tabes voraus-

gegangen waren. Ich habe seitdem beharrlich fortgefahren, fast jeden der mir in meiner Privatpraxis zur Behandlung gekommenen Tabesfälle auch in Rücksicht auf seine muthmassliche Ursache genau zu untersuchen. Die Zahl derselben beläuft sich auf 340. Von diesen Kranken, die fast nur den mittleren und höheren Ständen angehörten (siehe nachstehende Tabelle), hatten zuvor gelitten:

1. an secundärer Syphilis 208 = 61%,
2. an Schanker ohne folgende Erscheinungen 77 = 22½% (davon waren zur Beseitigung desselben 49 mit Quecksilber oder Jod behandelt worden),
3. weder an Syphilis noch an Schanker 55 = 16½% (darunter 40, die ein oder mehrere Male eine Gonorrhoe durchgemacht hatten).

Es stehen also 83½% zuvor inficirter Tabiker 16½% nicht inficirter gegenüber Sind diese Zahlen auch nicht genau entsprechend den zuletzt von Erb, Hirt u. A. angegebenen — bekanntlich stellten diese Forscher in mindestens 90% frühere Infection fest —, so beweisen sie doch nicht minder unwiderleglich, dass Schanker und secundäre Syphilis Schädlichkeiten sind, die auf die Entstehung der Tabes einen hervorragenden Einfluss haben müssen.

Dem gegenüber sind die anderen Schädlichkeiten, die man für die Entstehung der Tabes verantwortlich macht, entschieden von untergeordneter Bedeutung. Von meinen 340 Kranken gaben 136 (30% Inficirte, 10% nicht Inficirte) an, überhaupt keiner derselben für die Entstehung ihrer Erkrankung die Schuld beimessen zu können. Die Uebrigen klagten zum kleinen Theil eine, zum grösseren Theil mehrere derselben an, — oft genug freilich mit nachweisbarem Unrecht (beispielsweise sollten 6 Fälle durch körperliche Verletzungen entstanden sein, während sich doch schon vorher tabische Symptome gezeigt hatten). Die auf Grund dieser Angaben von mir berechneten Procentzahlen weichen im Ganzen so wenig von denen ab, die ich aus meinen früheren Fällen fand, dass ich davon abstehe, sie hier im Einzelnen anzuführen, sie bestätigen vollständig das, was Erb (Berl. klin. Wochenschr. 1891, Nr. 29 und 30, Sammlung klin. Vorträge N. F., Nr. 53) in dieser Hinsicht näher auseinandersetzte, — dass nämlich diese Schädlichkeiten „nur äusserst selten für sich allein, in der übergrossen Mehrzahl nur zusammen mit Schanker oder Syphilis Tabes hervorrufen."

Diese Bedeutung des Schankers und der secundären Syphilis tritt in ein noch helleres Licht, wenn wir prüfen, einmal, in welcher Häufigkeit dieselben in der Vorgeschichte anderer nicht specifischer Erkrankungsfälle des Nervensystems vorkommen, und dann, mit welchem Grade von Wahrscheinlichkeit jene anderen Schädlichkeiten der Hervorbringung der Tabes beschuldigt werden können.

In Bezug auf den ersten Punkt kennen wir nur eine Erkrankung des Nervensystems, in welcher die syphilitische Infection genau dieselbe Rolle spielt, wie in der Tabes, die sich in vieler Beziehung an die Tabes anschliessende progressive Hirnparalyse. Bei allen anderen scheint ihr Vorkommen nicht wesentlich häufiger zu sein, als es nach Erb's früher angegebenen Zahlen (unter 6700 Kranken in 22,5%) bei allen möglichen anderen Krankheiten stattfindet. Ich wähle zum Beweise die Neurasthenie, zumal dieselbe

ja auch vorwiegend beim männlrchen Geschlecht vorkommt, und stelle in Nachstehendem 265 Fälle dieser Erkrankung, die ich hier im Laufe der letzten Jahre an Männern der verschiedenen Klassen zu behandeln hatte, mit jenen 340 Tabesfällen vergleichend zusammen:

	Von 340 Tabikern waren:		Von 265 Neurasthenischen waren:	
	zuvor inficirt:	nicht inficirt:	zuvor inficirt:	nicht inficirt:
1. Kaufleute und Fabrikanten	121	20	26	75
2. Officiere	48	5	4	13
3. Aerzte, Rechtsanw., höhere Beamte .	39	5	12	30
4. Unterbeamte	34	10	10	33
5. Handwerker, Gastwirthe	31	8	5	11
6. Grossgrundbesitzer, Rentner . . .	12	5	6	14
7. Bauern	0	1	1	5
8. Arbeiter	0	1	0	0
9. Geistliche	0	0	1	19
Summa	285	55	65	200

Das heisst in abgerundeten Procentzahlen ausgedrückt:

1. Kaufleute und Fabrikanten	35½	6	10	28½
2. Officiere	14	1½	1½	5
3. Aerzte, Rechtsanw., höhere Beamte .	11½	1½	4½	10½
4. Unterbeamte	10	2½	4	12½
5. Handwerker, Gastwirthe	9	2½	2	4
6. Grossgrundbesitzer, Rentner . . .	3½	1½	2	5½
7. Bauern	0	½	½	2
8. Arbeiter	0	½	0	0
9. Geistliche	0	0	½	7
Summa	83½%	16½%	25%	75%

Hiernach erscheint also das Verhältniss der specifischen Infection zur Tabes und zur Neurasthenie als ein nahezu umgekehrtes; während von 100 Tabikern jedesmal 83 Schanker oder Syphilis durchgemacht hatten, war von 100 Neurasthenikern fast dieselbe Anzahl gerade frei davon geblieben. Nun scheinen allerdings einige Autoren ein etwas anderes Verhältniss gefunden zu haben. So sagt Binswanger (Berl. klin. Wochenschr. 1894, Nr. 50), dass die Syphilis-Neurasthenie und Syphilis-Hypochondrie ein sehr häufiges Krankheitsbild sei; und ebenso spricht Oppenheim (Lehrbuch der

Nervenkrankheiten) von der bei syphilitisch Inficirten recht häufig vorkommenden Neurasthenie. Mögen aber hiernach auch meine Procentzahlen aus irgend welchen Gründen nicht ganz den thatsächlichen Verhältnissen entsprechen, das scheint mir doch zweifellos, dass in der Vorgeschichte der Neurastheniker nicht annähernd so häufig Schanker und Syphilis vorkommen, als dies bei den Tabikern der Fall ist.

Meine Tabelle spricht aber noch in einer ganz anderen Beziehung für die Bedeutung, welche der syphilitischen Infection für die Entstehung der Tabes beigelegt werden muss. Sie zeigt nämlich, dass aus dem Predigerstande wohl eine Anzahl Neurastheniker, jedoch äusserst wenige Tabiker hervorgehen. Unter meinen 340 Tabeskranken befindet sich kein einziger Prediger, unter den früher von mir behandelten nur einer; ebenso führt Erb unter 550 Tabikern nur einen an. Wenn aber von 1103 Tabesfällen, die vorwiegend die höheren Klassen betreffen, nur 2 auf Geistliche entfallen, so kann das weder aus einem Zufalle noch daraus erklärt werden, dass die Geistlichen an Zahl den Angehörigen der meisten anderen Berufsklassen nachstehen. Auch darf man nicht etwa als Grund anführen, dass auf die Geistlichen alle jene den Körper und Geist aufreibenden Schädlichkeiten, die zur Tabes Veranlassung geben sollen, nur äusserst selten einwirken: unsere auf die Neurasthenie bezüglichen Zahlen sprechen jedenfalls nicht dafür. Die Annahme aber, dass die Geistlichen vor Erkältungen mehr geschützt seien, als andere Leute, und dass sie daher weniger oft an Tabes erkrankten, dürfte leicht zu widerlegen sein. So bleibt nichts übrig, als jene Thatsache daraus zu erklären, dass Schanker und Syphilis, die vornehmsten Erzeuger der Tabes, im geistlichen Stande selten vorkommen.

In Bezug auf den zweiten Punkt handelt es sich um neuropathische Belastung, geistige und körperliche Ueberanstrengungen, geschlechtliche Ausschweifungen und Verirrungen, wiederholte Aufregungen und Gemüthsbewegungen, Missbrauch von Tabak und Alcohol, Verletzungen — kurz, um alle die Schädlichkeiten, welche auch an dem Entstehen der Neurasthenie in prädisponirender oder directer Weise die Schuld tragen. Da drängt sich denn von selbst die Frage auf, wie es kommt, dass dieselben Schädlichkeiten hier eine functionelle, dort eine organische Krankheit hervorrufen. Wir suchen den Grund dieser Erscheinung in einer verschiedenen Anlage. Es ist bekannt, dass die Anlage zu einer bestimmten Erkrankung eines Organs darauf beruht, dass dasselbe in seinem anatomischen Baue oder seiner functionellen Beschaffenheit bestimmte angeborene oder erworbene Eigenthümlichkeiten besitzt, die eine geringere oder verminderte Widerstandsfähigkeit des betreffenden Organs gegen Schädlichkeiten aller Art bedingen. Giebt es nun aber wirklich eine solche für Tabes und Neurasthenie verschiedene Anlage? Durch eine besondere der einen oder der anderen Erkrankung eigenthümliche Constitution verräth sie sich jedenfalls nicht, und ebenso wenig kennen wir im anatomischen Bau des Nervensystems oder einzelner Theile desselben irgendwelche Besonderheiten, auf Grund derer ein und dieselbe Schädlichkeit die eine oder die andere jener Erkrankungen zu erzeugen vermöchte. Sie müsste also darin gesucht werden, dass die functionelle Beschaffenheit des Nervensystems in Folge besonderer Vorgänge in seinen kleinsten Theilen derartig verschieden sein könnte, dass

eine vorherrschende Neigung zu der einen oder der anderen Erkrankung besteht. In dieser Beziehung wissen wir aber nur im Allgemeinen, dass es eine eigenthümliche sogenannte Ernährungsstörung des Nervensystems giebt, die, sehr häufig angeboren, nicht selten auch erworben, eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen die verschiedensten Schädlichkeiten und damit eine grössere Neigung zu Erkrankungen desselben im Gefolge hat. Das eigentliche Wesen dieser Störung ist uns jedoch unbekannt und wir können daher die Möglichkeit, dass gleiche Schädlichkeiten je nach einer verschiedenen Grösse der functionellen Schwäche Tabes oder Neurasthenie erzeugen, weder zugeben noch bestreiten. Besteht sie aber wirklich, so müssten wir schliessen, dass sich um so leichter Tabes entwickelt, in je höherem Grade das Nervensystem oder bestimmte Theile desselben in Bezug auf ihre functionelle Beschaffenheit geschädigt sind. Dem widersprechen die statistisch festgestellten Thatsachen. Einmal gehört es zu den selteneren Erscheinungen, dass Neurastheniker von Tabes ergriffen werden, und dann ist das, was wir im Allgemeinen unter neuropathischer Disposition verstehen, gerade bei den Tabikern weit seltener als bei den Neurasthenikern zu finden. Während sie in meinen Neurasthenie-Fällen bei 72 % vorhanden war, wurde sie bei meinen 559 Tabes-Fällen nur in 20 % angegeben. Während die directe Vererbung der Neurasthenie zu den häufiger zu vorkommenden Dingen gehört, wurde das Vorkommen von Tabes bei Vater und Sohn von Erb unter 275 Fällen nur 2 mal, von mir unter 340 Fällen gleichfalls nur 2 mal festgestellt. Während an Neurasthenie recht häufig mehrere Glieder derselben Familie leiden, erkranken an Tabes Geschwister so selten, dass dies von Erb und mir in 615 Fällen nur 4 mal beobachtet wurde. Und wer noch mehr Beweise fordert, der denke daran, wie häufig bei Frauen die neuropathische Disposition, wie selten dagegen (ich habe z. B. unter 360 an Tabes Leidenden nur 20 Frauen behandelt) die Tabes ist.

So bleibt denn nur die Annahme übrig, dass die in Frage stehenden Schädlichkeiten als Krankheitserreger entweder nur der organischen oder nur der functionellen Erkrankung anzusehen sind. Wenn nun aber in dieser Hinsicht feststeht, dass die Neurasthenie durch neuropathische Disposition, geschlechtliche Excesse, körperliche und geistige Ueberanstrengungen u. s. w. hervorgerufen wird, so folgt, dass diese Schädlichkeiten zur Erzeugung der Tabes nicht oder nur unter besonderen Verhältnissen fähig sind. Diese besonderen Verhältnisse liegen, wie wir zunächst auf Grund unserer Statistiken annehmen müssen, für die Mehrzahl aller Tabesfälle in der vorhergegangenen syphilitischen Infection. Nun ist es uns freilich noch unbekannt, in welcher Weise dieselbe da, wo sie nicht die bekannten specifischen Veränderungen setzt, auf das Nervensystem schädigend einwirkt — die von Strümpell und neuerdings von Hitzig zur Erklärung aufgestellten Hypothesen sind eben noch Hypothesen —, das aber erscheint unzweifelhaft, dass ihr ein solcher hervorragender Einfluss auf die Entstehung der Tabes zukommt. Dafür spricht vor Allem auch die Pathogenese der Tabes. Auf dieselbe hier näher einzugehen, ist nicht am Platze. Es genügt an das zu erinnern, was in dieser Beziehung Hitzig in seiner Arbeit „Ueber traumatische Tabes und die Pathogenese der Tabes im Allgemeinen“ auseinandersetzt, ass nämlich „die typische Erkrankung der verschiedenen Abschnitte des

Nervensystems, welche der Tabes eigenthümlich ist, nur durch unmittelbare Einwirkung einer schädlichen Substanz, eines Giftes auf diese Theile in natürlicher Weise erklärt werden kann. Nun lehrt aber die Statistik, dass von denjenigen Schädlichkeiten, denen man ihrer Natur nach solche Gift erzeugenden Eigenschaften zuschreiben kann, in der Vorgeschichte der Tabes am häufigsten Syphilis, weit seltener (in meinen Fällen in 10%) Alcohol- und Nikotinmissbrauch vorkommt. Es ist daher der Schluss gerechtfertigt, dass in den meisten Fällen von Tabes die Ursache wirklich in der voraufgegangenen syphilitischen Infection liegt. Eine andere Frage ist freilich, ob dieselbe an sich zur Entstehung der Tabes ausreiche oder ob dazu die Mitwirkung dieser oder jener anderen Schädlichkeit nöthig sei. Die Beantwortung ist vorläufig unmöglich; immerhin möchte ich, abgesehen von anderen Gründen, aus der Thatsache, dass 30% meiner zuvor inficirten Tabiker keine andere Schädlichkeit beschuldigen konnten, für eine nicht kleine Reihe von Fällen auf eine directe Wirkung der Syphilis schliessen. Diejenigen Fälle aber, in welchen der Nachweis einer syphilitischen Infection, einer chronischen Alcohol- oder Nikotin-Intoxication nicht zu erbringen ist, können durch die anderen als Ursache angesehenen Schädlichkeiten entweder nicht entstanden sein oder es muss diesen Schädlichkeiten gleichfalls die Fähigkeit inne wohnen, Gifte von derselben Wirkungsart wie jene zu erzeugen. Dass dies in den allerdings noch zweifelhaften Fällen, in welchen Tabes durch eine körperliche Verletzung entstanden sein soll, durch eingeführte Bacterien und deren Stoffwechselproducte möglich ist, muss ohne Weiteres zugegeben werden. Ob dies aber auch durch die anderen hier in Betracht kommenden Schädlichkeiten, durch Erkältung, Ausschweifungen, Gemüthsbewegungen, Strapazen u. s. w. geschehen kann, das dürfte wohl gerechtem Zweifel unterliegen. Nun hat in der neuesten Zeit Edinger (Sammlg. klin. Vortr. N. F., Nr. 106) die Ansicht zu begründen versucht, dass das Entstehen der Tabes nicht auf eine solche Giftwirkung, sondern auf eine functionelle Abnutzung zurückzuführen sei; erhalte ein functionell angestrengter Nerventheil nicht den genügenden Ersatz an Ernährungsmaterial u. s. w., so gehe er allmählich zu Grunde. Selbstverständlich kann eine derartige Abnutzung am leichtesten in einem Nervensystem von ererbter oder erworbener Functionsschwäche entstehen. Es ist daher wohl denkbar, dass die in Frage stehenden Schädlichkeiten da, wo sie ein solches Nervensystem treffen, zu jener Abnutzung führen können. Wie aber erklärt es sich denn, dass dieselben Grade nur die bestimmten Theile des Nervensystems betreffen, deren Schädigung das im Allgemeinen so gleichförmige Bild der Tabes hervorruft? Das ist ein Räthsel, zu dessen Lösung der von Edinger gemachte Hinweis auf die besonders häufige Inanspruchnahme dieser bestimmten Nerventheile wohl nicht genügen dürfte. Mag es sich aber auch wirklich so verhalten, mag die Tabes Folge einer functionellen Abnutzung sein, die Bedeutung der Syphilis als wichtigste Ursache der Tabes wird dadurch in keiner Weise abgeschwächt. Der mangelhafte Ersatz, welcher schliesslich zum Untergange der Nerventheile führt, kann durch eine constitutionelle Erkrankung, wie die Syphilis, jedenfalls leichter als durch alle die anderen Schädlichkeiten hervorgerufen werden. Wir würden also auch in dem Falle, dass die Entstehung der Tabes Folge einer functionellen

Abnutzung ohne entsprechenden Ausgleich ist, die Syphilis als diejenige Schädlichkeit ansehen müssen, die am häufigsten zu Tabes Veranlassung giebt. In den wenigen Fällen aber, in denen keine syphilitische Infection vorliegt, könnten die anderen Schädlichkeiten wohl zu Tabes führen, doch bedürfte es dazu jedenfalls des Zusammentreffens besonders günstiger Umstände.

II. Versammlungsbericht.

24. ophthalmologischer Congress, Heidelberg, 4.—7. August 1895.

v. Michel: Ueber die Kreuzung der Sehnervenfasern im Chiasma.

v. Kölliker hat die Michel'sehen Chiasma-Serien einer genauen Durchsicht unterzogen; er erklärt dieselben für technisch durchaus gelungen und bestätigt, dass auf Grund dieser Präparate v. Michel vollständig berechtigt war, für eine totale Kreuzung der Sehnervenfasern im Chiasma einzutreten. v. Kölliker hat ausserdem eine Reihe von Serien durch das normale Chiasma verschiedener Thiere, sowie des Menschen untersucht und speciell bei Letzteren absolut keine ungekreuzt bleibenden Fasern verfolgen können. Er stellt sich desshalb vollständig auf den Standpunkt v. Michel's, der nach wie vor für die Totalkreuzung eintritt. (Wie nun auch die Frage endgiltig gelöst werden mag, so steht doch soviel absolut fest, dass nicht annähernd eine solche Anzahl von Fasern ungekreuzt bleibt, wie wir zur Erklärung der Hemianopsie verlangen müssen. Es muss somit der Einwurf, dass die Hemianopsie nur möglich sei bei einer unvollständigen Kreuzung, wegfallen. Erklären lässt sich sicher das klinische Bild der Hemianopsie auch anders. Ref.) Rindfleisch (Weimar) berichtet über einen Fall von isolirter linksseitiger Lähmung des Sphincter pupillae. Er fasst dieselbe als Kernlähmung auf. Ein halbes Jahr später bestand einseitige reflectorische Pupillenstarre mit unvollständiger Accomodationslähmung auf dem gleichen Auge.

Axenfeld (Marburg): Ueber sogenannte vordere Ciliarnerven.

Unsere Kenntnisse über die vorderen Ciliarnerven sind noch recht unvollständig, die vorliegenden Untersuchungen bedürfen entschieden der Revision und Ergänzung.

Axenfeld konnte vorläufig feststellen:

1. Einzelne episclerale, nach vorn gehende Aeste der Ciliarnerven, deren Beziehungen zum Augeninnern aber bisher zweifelhaft sind und die bei der Neurotomie mit ausser Thätigkeit gesetzt werden.
2. Sehr eigenthümliche, bisher unbekannte, senkrecht die Sclere vorn perforirenden Nerven verschiedener Stärke, deren Natur und Herkunft noch nicht klargestellt werden konnte.

Die „directen“ Ciliarnerven der Franzosen sind mit dem „longi“ unserer Nomenclatur identisch, perforiren aber nicht vorn und sind desshalb für unvollständige Anästhesien nach der Neurotomia optico-ciliaris nicht die Ursache. Dafür können aber in Betracht kommen Aeste des Nervus lacry-

malis und des Nervus nasociliaris, welche erst vorn abgehen; solche sind beobachtet von Soitzer und dem Vortr.

Ref. hat in dem letzten Jahre bei Behandlung von Augen menschlicher, Kaninchen- und Katzen-Embryonen nach der Golgi-Cajalschen Methode ebenfalls einige Befunde, betreffend die Ciliarnerven, erheben können.

Neu scheint mir zu sein einmal die Thatsache, dass die Sclera durchaus nicht so nervenarm ist, wie dies angenommen zu werden pflegt, dann die Beobachtung von Aesten, welche in dem hinteren Bulbusabschnitt schräg in die Sclera eindringen, sie jedoch nicht perforiren, sondern weite Strecken meist dem Verlaufe von Gefässen folgend nach vorn ziehen, in ihrem Verlaufe Theilungen eingehend. Aeste, welche in den vorderen Bulbusabschnitten in die Sclera eintreten und sich darin verästeln und verflachen, sowie auch solche, welche die Sclera schräg durchsetzen, einzelne Aeste dabei abgebend, habe ich gleichfalls mehre Male beobachten können.

Von grundlegender Bedeutung bei der Bearbeitung der Frage der Herkunft, der Natur der Ciliarnerven ist wohl die Feststellung der Natur des Ganglion ciliare (Michel, Retzius, Kölliker, d'Erchia). Nach der übereinstimmenden Ansicht dieser Forscher ist das Ganglion ciliare als ein sympathisches Ganglion zu bezeichnen und in gleiche Linie zu stellen mit dem Ganglion oticum, sphenopalatinum und submaxillare. — Michel stellt die Ansicht auf, dass die durch das Ganglion einfach hindurchziehenden Fasern den Fortsetzungen der vom Trigeminus kommenden langen Wurzel entsprechen, die Fasern hingegen, die darin unter Umspinnung der Nervenzellen ihr Ende finden, die Endäste der vom Nervus oculomotorius stammenden motorische Wurzel darstellen. „Die aus dem Ganglion austretenden Nervi ciliares sind daher nur zusammengesetzt aus sensiblen und sympathischen Fasern.“ — Darnach würde also das Ganglion ciliare in functioneller Hinsicht als ein motorisches Ganglion aufzufassen sein, das den Enden einer Anzahl von Oculomotoriusfasern angefügt, von diesen die Erregung empfängt und sie dann auf dem Wege seiner in den Nervi ciliares verlaufenden Nervenfortsätze zu dem M. sphincter pupillæ und M. ciliaris als motorischen Impuls hinleitet. Damit ist die von jeher so auffällige Thatsache aufgeklärt, dass hier 2 glatte Muskeln von einem motorischen Nerven (Oculomotorius) innervirt werden, während an keiner anderen Stelle des menschlichen Körpers glatte Muskelfasern mit motorischen Nerven in Verbindung treten. In Wirklichkeit werden diese Muskeln von einem sympathischen Ganglion innervirt, das aber unter der Herrschaft des N. oculomotorius steht. Auch die von Langendorff beobachtete Thatsache, dass unmittelbar nach dem Tode Reizung des Oculomotorius beim Thiere keine Zusammenziehung des M. sphincter pupillæ und ciliaris mehr hervorruft, während die andern vom N. oculomotorius versorgten Muskeln noch reizbar sind, findet nun ihre Erklärung in den anatomischen Verhältnissen. Sie beruht offenbar darauf, dass die zwischen Oculomotorius und Nervi ciliares eingeschalteten Ganglienzellen sofort nach dem Tode ihre Function einstellen (cfr. auch dieses Centralblatt 1894, S. 177, Braunstein: Beitrag zum Studium der Irisinnervation. Ref.)

Schwarz (Leipzig): Ueber hysterische Sehschwäche.

Schwarz bespricht die verschiedenen Formen der hysterischen Sehschwäche, abgesehen von den „ausgesprochenen hysterischen Amblyopien". Er hält sich in der Hauptsache an die Erklärung von Möbius: „Hysterisch sind alle diejenigen Veränderungen des Körpers und seiner Functionen, welche durch seelische Vorgänge verursacht werden." Er begründet die Zugehörigkeit der besprochenen Formen zur Hysterie.

Weiss (Mannheim): Ueber das Wachsthum der Augen.

Weiss hat Messungen an den Augen Neugeborener und Erwachsener gemacht und zwar in den verschiedensten Altersstufen. Es fand sich, dass das Volumen der Augen um etwa das drei- bis vierfache im Leben zunimmt, das Volumen des ganzen Körpers dagegen um das 21fache. Das Auge wächst ungefähr in gleichem Verhältniss wie das Gehirn.

L. Bach: Experimentelle Studien über das Zustandekommen der sympathischen Ophthalmie. Mit Demonstration.

Zahlreiche Experimente mit Staphylokokken verschiedenster Virulenz, mit Pneumoniekokken und mit Tuberkelbacillen haben ergeben, dass eine Bacterienüberwanderung von dem einen Auge entlang den Sehnervenscheiden zum anderen Auge im Sinne der Migrationstheorie nicht stattfindet.

Die in der verschiedensten Art vorgenommene bacteriologische Untersuchung von Sehnerven und Augen, welche wegen ausgebrochener oder drohender sympathischer Entzündung enucleirt worden waren, fiel stets negativ aus.

Nach Resection eines Stückes Sehnerv hat sich nie wieder eine Communication zwischen dem Scheidenraum des centralen und peripheren Opticusstückes hergestellt.

Durch Reizung der Ciliarnerven, welche auf verschiedene Weise vorgenommen wurde, gelang es schon nach einer halben Stunde, Veränderungen in dem anderen Auge microscopisch nachzuweisen, welche als Vorboten, als erste Anfänge der Entzündung gedeutet werden müssen. Diese Veränderungen bestanden in Fibrinbildung und herdweiser Ansammlung von corpusculären Elementen des Blutes in der vorderen Kammer, auf der Vorderfläche der Iris, zwischen den Ciliarfortsätzen, in den äussersten Theilen des Glaskörpers, sowie zwischen Ader- und Netzhaut. Bei zwei Versuchen kam es zu blasiger Abhebung des Epithels der Ciliarfortsätze; den Inhalt der Blasen bildeten Fibringerinnsel.

Die Ueberleitung des Reizes denkt sich B. folgendermassen:

Von dem ersterkrankten Auge gehe der Reiz centripetal durch die Ciliarnerven zum Ganglion ciliare, von da besonders durch dessen Radix sympathica zum Plexus caroticus des Nervus sympathicus derselben Seite, hierauf durch den Circulus arteriosus Willisii zum selben Geflecht des Sympathicus der anderen Seite und nun centrifugal wieder zum Ganglion ciliare, von da durch die Ciliarnerven zum sympathisirenden Auge. Die Ueberleitung des Reizes könne demnach direct durch die vasodilatatorischen, sympathischen Fasern des Nervus trigeminus erfolgen, sowie indirect durch Reflex von den sensiblen Fasern des Nervus trigeminus aus, in dem der Reiz in der Medulla oblongata von der einen Seite auf die andere irradiire.

Bach-Würzburg.

III. Bibliographie.

LVII) **Marinesco und Serieux.** Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie. (Ueber Pathogenese und Behandlung der Epilepsie) Brüssel 1895.

Die Arbeit giebt in ihren ersten Kapiteln eine summarische Uebersicht über die epileptischen Anfälle (Aura, Krampfanfall, Schwindel, Absence, Delir), ferner eine Untersuchung über den dauernden Zustand der Epileptischen und seine Ursachen (Vererbung, Physische Degenerationszeichen, Geisteszustand, degenerative Psychosen etc.) und schliesslich eine Untersuchung der agents provocateurs des epileptischen Anfalls (Reflectorische und centrale Epilepsie, prädisponirende Umstände etc. etc.)

Die Verfasser unterscheiden 2 grosse Gruppen: Reflectorische und centrale Epilepsie. Bei der ersteren liegt der Ausgangspunkt der den Anfall hervorrufenden Reizung in der Peripherie; auf dem Niveau der Haut, der Schleimhäute, der Nerven kommt der epileptogene Stimulus zu Stande. Die Art dieser „agents provocateurs" ist höchst mannigfaltig, in ihrer Wirkung dagegen stimmen sie alle überein: es handelt sich nämlich um eine auf die nervösen Centren übertragene Reizung der sensiblen Oberfläche. Bei der centralen Epilepsie dagegen wirkt die provocirende Ursache direct auf die Hirnrinde; die Nervenzelle ist dabei unmittelbar betheiligt; als Beispiel dafür kann man die toxische Epilepsie anführen. Aber die reflectorische Epilepsie unterscheidet sich nicht von der essentiellen idiopathischen Epilepsie, da es sich in allen diesen Fällen um eine individuelle Prädiposition handelt, dank welcher leichte Ursachen, die bei Andern unbemerkt vorübergehen, zu einem Anfall führen.

Zur Erklärung der pathologischen Physiologie der Epilepsie nehmen die Verf. an, dass die meisten Neuronen mit aufsteigendem Axencylinder perceptive Elemente sind; dass die Neuronen, die sich in der moleculären Schicht, parallel mit der Oberfläche des Gehirns, befinden, dazu dienen, die verschiedenen, durch erstere percipirten Sensationen zu associiren, und endlich, dass die Pyramiden-Zellen die, durch die Sensationen hervorgerufenen Reactionen auf die Peripherie übertragen. Diese letzteren Neuronen haben lange, absteigende Axencylinder, die die Pyramiden- oder cortico-musculäre (besser cortico-medulläre) Bahn bilden. Die Verf. bezeichnen die drei verschiedenen Arten von Neuronen folgendermaassen: neurones de perceptions, neurones d'association und neurones de décharge ou d'exportation.

Auf diese anatomo-physiologischen Daten, die indessen noch bei weitem nicht bewiesen sind, gründen die Verf. ihre physiologische Theorie der Epilepsie, man darf sich daher nicht wundern, wenn diese Theorie etwas zweifelhaft ausfällt. So sind sie z. B. der Ansicht, dass es sich bei der blossen Absence um eine, ganz besonders auf die Associationsneuronen wirkende Hemmung handelt; eine Reizung der neurones récepteurs ruft Hallucinationen hervor, die der beiden ebengenannten Elemente zusammen führt zu Automatismen, die der neurones de décharge zu Krampfanfällen.

Die anatomisch-pathologischen Läsionen sind nach M. und S. dreifacher Art: 1. Interstitielle und vasculäre; 2. solche der Nervenfasern, 3. solche der Nervenzellen.

Die perivasculären Räume sind oft erweitert und enthalten granula, die sich nach der Marchi'schen Methode leicht nachweisen lassen. Oft lassen sich auch Läsionen von chronischem Character nachweisen, Läsionen, die in einer Hypertrophie der Gefässwände bestehen; in letzterem Falle münden compacte Bündel von Neurogliafasern in dieses Gefäss. In einer bestimmten Anzahl von Fällen liessen sich, — bald in der grauen, bald in der weissen Substanz — Löcher nachweisen; dieselben erreichen bis $^1/_2$ Millim. Durchmesser, sind rund, haben regelmässige Conturen, und M. und S. sahen in einzelnen Fällen an ihren Innenwänden Epithelialzellen.

Die Neuroglia ist sehr häufig afficirt; die Oberflächen-Schicht enthält mehr Neuroglia-Zellen, als im normalen Zustande und diese Zellen erreichen manchmal ganz beträchtliche Dimensionen. Dieselben Veränderungen der Neuroglia können auch in den tieferen Schichten und in der weissen Substanz vorkommen. Die Existenz der „sclérose neuroglique pure" von Chaslin halten die Verf. indessen nicht für hinreichend bewiesen

In den Nervenfasern, besonders in denen der weissen Substanz, haben Verf. mit der Marchi'schen Untersuchungsmethode, Schollen von Myelin und granuläre Körper entdeckt, die für eine mehr oder weniger intensive Degeneration des Myelins der Nervenfasern sprechen.

Die Veränderungen der Nervenzellen sind mannigfacher Art (Atrophie des Zellkörpers, Infiltration der Nervenzellen durch Leucocyten; das Protoplasma, nach Nissl'scher Methode untersucht, enthält weniger granula als im normalen Zustand).

Die Verfasser nehmen an, dass es sich bei der Epilepsie um eine, nur durch vervollkommnetere Methoden der histologischen Untersuchung nachweisbare Modification des Protoplasma der Nervenzellen handelt, dank welcher die Rindencentren der Epileptischen sich in einem Zustande von labilem Gleichgewicht befinden. Roncoroni (Turin).

LVIII) **Alexander:** Syphilis und Auge.
(Wiesbaden, Bergmann 1889.)

LIX) **Alexander:** Neue Erfahrungen über luetische Augenerkrankungen.
(Wiesbaden, Bergmann, 1895.)

Das erstgenannte, schon 1889 erschienene Buch, welches eine umfassende Darstellung der syphilitischen Augenerkrankungen giebt, erfährt durch die zweitgenannte Arbeit eine auf den Erfahrungen der letzten Jahre beruhende Ergänzung.

Für den Neurologen besonders interessant ist die Darstellung der neueren Erfahrungen über die Erkrankungen des n. opticus. Nach Besprechung der secundär von den Meningen, dem Periost etc. auf den opticus übergehenden Erkrankungen behandelt Verf. besonders eingehend die seltene Form der primären Neuritis syphilitica, von welcher er zwei Fälle gesehen hat, die vollständig mit der von Horstmann zuerst gegebenen Schilderung übereinstimmten. Diese Fälle characterisiren sich durch das Fehlen aller Symptome einer cerebralen Allgemeinerkrankung, durch eine nur geringe, niemals stärkere Dimensionen annehmende Trübung der Papillengrenzen, häufig einseitiges Auftreten (im Gegensatz zur Stauungspapille), ferner durch eine concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, während die secun-

där (meist von meningitis basilaris aus entstandene) neuritis descendens ein centrales Scotom hervorbringt. Dieser Unterschied erkläre sich dadurch, dass bei der primären Neuritis die im Opticus central gelegenen, die peripheren Netzhausfelder innervirenden Fasern hauptsächlich ergriffen würden, wahrscheinlich in Folge von syphilitischer Wanderkrankung der Art. centralis retinæ, während die neuritis descendens die peripher gelegenen, das Centrum der Netzhaut versorgenden Opticusfasern am meisten befalle.

Die Prognose dieser primären Neuritis optici ist bei antiluetischer Allgemeinbehandlung sehr günstig.

Bei Besprechung der Stauungspapille erwähnt Verf. eines interessanten Falles, bei welchem sich $1\frac{1}{2}$ Jahre nach einer Infection ausser einer beiderseitigen Stauungspapille spinale Symptome (spastische Parese der Beine, Sensibilitätsstörungen bis zum Nabel hinauf, Blasenschwäche) eingestellt hatten. Der Fall, welchen der Verf. als eine Meningitis basilaris, verbunden mit spinaler Meningitis auffasst, besserte sich unter antiluetischer Behandlung sehr erheblich.

Bezüglich der Opticusatrophie sind am bemerkenswerthesten die Ausführungen des Verf. über die Atrophie bei Tabes. Er verfügt über 126 Fälle von tabischer Opticusatrophie, bei denen er sämmtlich anamnetisch Syphilis nachweisen konnte Dennoch will er aus diesem Material keine Schlüsse auf das Abhängigkeitsverhältniss zwischen Syphilis und Tabes ziehen. Was er aber an diesem Material auf das Bestimmteste beobachtet hat, ist die Erfolglosigkeit jeder mercuriellen Therapie bei einmal eingetretenem Verfall der Sehnervensubstanz. Er steht überhaupt völlig auf dem Leyden'schen Standpunkt, dass bei Sclerose des Nervensystems das Hydrargyrum nur einen schnelleren Verfall der Nervensubstanz herbeizuführen vermag und dass demnach mercurielle Curen bei Tabes gar nicht oder nur mit äusserster Vorsicht anzuwenden sind. Ein Fall, in welchem er eine unverkennbare Wirkung der Schmierkur beobachten konnte, stellte sich als eine durch eine Meningitis spinalis hervorgerufene „Pseudotabes“ heraus. Verf. ist der Meinung, dass wohl manche von den berichteten günstigen Erfolgen von Quecksilbercuren bei Tabes durch das Vorliegen von solchen „Pseudotabes“-Fällen zu erklären seien.

Ausser dem besprochenen Kapitel über die Opticuserkrankungen bietet das Buch noch manches für den Neurologen sehr lesenswerthe, besonders in dem Kapitel über die Augenmuskelerkrankungen, worauf einzugehen jedoch leider nicht möglich ist. Mann (Breslau).

LX) **M. Borysiekiewicz:** Weitere Untersuchungen über den feineren Bau der Netzhaut.

(Verlag von Fr. Deuticke, Leipzig und Wien, 64 Seiten, 65 Textfiguren.)

Den Kernpunkt in der Auffassung, die B. über die Zusammensetzung der Netzhaut entwickelt, bildet die Behauptung, dass die Sehzellen (Stäbchen und Zapfenfasern der früheren Autoren), d. h. die Elemente, zu denen die Stäbchen und Zapfen als Fortsätze gehören, nicht wie man das seit W. Müller und M. Schultze allgemein annimmt, in der äusseren reticulirten Schicht endigen, sondern dass sie direct mit dem, was man Müller'sche Radiärfasern nennt, zusammenhängen und durch deren Vermittlung durch die

ganze Breite der Netzhaut bis zur Membr. limitans interna reichen. Dieses Gebilde nennt B. „Müller'schen Schlauch“, da es nach ihm aus einer dichten Rindensubstanz und einem weichen Inhalte besteht. Es ist von sehr einfacher Beschaffenheit, von ganz glatter Oberfläche, ohne seitliche Fortsätze und dergleicken. Der Müller'sche Schlauch stellt ein dreizelliges Gebilde dar, indem darin 3 Kerne enthalten sind: ein äusserer im Stäbchen und Zapfen und zwar im äusseren Theil des Innengliedes, da, wo es an das Aussenglied grenzt, ein mittleres „knapp über der äusseren granulirten Schicht“ und ein inneres in der Höhe des inneren Randes der Ganglienzellenschicht. Ausser diesen 3 richtigen Kernen trägt aber jeder Müller'sche Schlauch noch eine Anzahl von Körnern und zwar mindestens 2: je ein Korn in der äusseren und der inneren Körnerschicht. Im Bereiche des gelben Fleckes beherbergen die Müller'schen Schläuche in der inneren Körnerschicht sehr oft 2 Körner, in der äusseren Körnerschicht ist dies sehr häufig auch an anderen Stellen der Netzhaut der Fall, ausserdem enthält jeder Zapfen noch in seinem Körper typisch — neben dem Zellkern — ein Korn, manchmal auch 2, die B, wie schon früher (1887), als „exponirte äussere Körner“ auffasst. Die Körner, d. h. die Gebilde, die die beiden Körnerschichten bilden, hält B. also nicht für Zellkerne, sondern erklärt sie für „toto cœlo verschiedene“ Bildungen. Während die Kerne festsitzen, sind die Körner mit der Fähigkeit des Ortwechsels ausgestattet, wobei freilich die Momente, die die Wanderung bedingen, noch nicht festgestellt sind. Manches, was von anderer Seite als typisch ausgesprochen wird, stellt B. als Kunstproduct hin, so z. B. die angebliche ungleiche Länge von Stäbchen und Zapfen, M. Schultze's Fadenapparat, die sogenannte Ritter'sche Faser, die Plättchenstructur des Aussengliedes der Stäbchen und Zapfen etc.

Auch in Bezug auf die Structur der Macula lutea findet Verf. vielfach Veranlassung, den Angaben anderer Forscher entgegenzutreten. In den centralen Theilen des gelben Fleckes finden sich nach B. nur Stäbchen. (Die Arbeit von B. steht in den Hauptpunkten in Widerspruch mit vielen anderen Arbeiten über die Histologie der Netzhaut, sie steht vor Allem auch in Widerspruch mit den Errungenschaften, zu welchen wir in der allerletzten Zeit mit der Ehrlich'schen und der Golgi-Cajal'schen Methode gelangt sind. Ref. kann auf Grund eigener Untersuchungen mit der Golgi-Cajal'schen Methode über die Netzhaut des Menschen und des Kaninchens durchaus nicht die Befunde von B. bestätigen und seine Anschauungen anerkennen. Wenn B. ausser der von ihm ausschliesslich angewendeten Osmiumbehandlung sich auch noch anderer Methoden, besonders der beiden genannten, bedienen wird, so wird er sicherlich von manchen seiner Anschauungen zurückkommen. Ref.) Bach.

LXI) **A. Cramer**: Beiträge zur feineren Anatomie der Medulla oblongata und der Brücke mit besonderer Berücksichtigung des 3.—12. Hirnnerven. (Jena. Fischer's Verlag, 98 S., 46 Textfiguren. 1894.)

In diesem Referate sollen nur die Angaben Cramer's berücksichtigt werden, die sich auf die Ursprungskerne der 3 Augenmuskelnerven beziehen. Den Untersuchungen Cr.'s lagen fœtale und ausgebildete Gehirne zu Grunde. Dieselben wurden ausschliesslich mit der Weigert'schen Methode untersucht.

Bei dem Abducenskerne hat Verf. die schon anderwärts beschriebene Verbindung mit der oberen Olive ebenfalls gesehen. Kreuzungsfasern zwischen den beiden Abducenskernen sind nicht vorhanden, dahingegen konnte Cr. den Eintritt einzelner Abducensfäserchen in das gleichseitige hintere Längsbündel feststellen. Das Gleiche wurde auch bei dem Trochleariskern beobachtet. Die Trochleariskreuzung erwies sich vollständig. Im Oculomotoriuskern wurde die von Gudden entdeckte Semidekussation von Neuem bestätigt. Die Kreuzungsfasern gehören hauptsächlich dem distalen, die ungekreuzten dem proximalen Kerngebiet an. Die Kreuzungsfasern bilden bei ihrem Uebertritt von ihrem Ursprungskern auf die andere Seite in der Mittellinie eine Schlinge mit nach unten gerichteter Convexität. Die Schlinge reicht manchmal tief zwischen die hinteren Längsbündel hinein. Von Nebenkernen erwähnt Cr. nur den kleinzelligen Edinger-Westphal'schen Kern, den er, wie alle anderen Forscher, ebenfalls für einen richtigen Oculomotoriuskern hält (Ref. kann dies gleichfalls auf Grund eigener Präparate bestätigen). Physiologisch verwerthbar ist des Verfassers Angabe, dass sich aus dem Kern des Oculomotorius sowohl wie auch aus dessen Wurzelbündeln einzelne Fasern zu den tiefen Bogenfasern der vorderen Vierhügel verfolgen liessen. — Das hintere Längsbündel geht im Niveau des proximalen Theiles der Pyramidenkreuzung aus den Vorderstranggrundbündeln hervor, tritt während seines Verlaufes in Beziehung zu allen Augenmuskelkernen und endigt in Darkschewitsch's Kern, d. h. in v. Kölliker's tiefem Kern der hinteren Commissur, einer doppelseitigen Zellenansammlung, die unweit von der Stelle, wo sich der Ductus fossæ Sylvii zum 3. Ventrikel eröffnet, am Rande des centralen Höhlengraues dorsomedial vom rothen Kern der Haube, ihren Sitz hat. (Siehe das Referat über Berheimers Arbeit: Das Wurzelgebiet des Oculomotorius beim Menschen. Dieses Centralblatt, Octoberheft 1894, S. 559.) **Bach.**

LXII) **H. H. Donaldson:** The growth of the brain.
(London, Scott, 1895, 374 Seiten.)

Verf, Professor der Neurologie in Chicago, hat in obigem Werke ein fast unentbehrliches Supplement zu jedem neurologischen und psychiatrischen Handbuche geschaffen und es verstanden, die schwierigsten Themen und die zahlreichen ungelösten Probleme in populärer und doch streng wissenschaftlicher Weise zu behandeln, unterstützt durch sehr zahlreiche Tabellen und schematische Zeichnungen. Dabei waltet eine gesunde Kritik vor, wie schon die Auswahl des gegebenen Thatsachen-Materials beweist. Wir lernen hier in seltner Vollständigkeit auch die einschlägigen anatomischen, physiologischen und psychometrischen Untersuchungen von Amerikanern und Engländern kennen. — Erst wird der Zelltheilung, der Wachsthumsgesetze des Körpers und seiner einzelnen Theile gedacht und dann zum Gehirn selbst übergegangen. Mit Recht wird beim Hirngewicht betont, dass es noch keine sichere Methode giebt, das Gehirn der Schwere nach am Lebenden zu bestimmen, dass ferner nicht immer grosse Rassen grosse Organe haben, dass Intellect durchaus nicht ohne Weiteres ein Correlat der Hirngrösse ist, dass es wenig Werth hat ein Durchschnitts-Gehirn auszurechnen, sondern nur die Durchschnitte verschiedener Gruppen wichtig sind, da Alter, Geschlecht,

Körperlänge, Körpergewicht und Rasse wesentlichen Einfluss haben, wie des Näheren geschildert wird. Mit 7 Jahren erreicht das Hirn fast das Maximum und wächst dann relativ wenig mehr. Bei günstigerem Milieu scheint es länger fortzuwachsen, daher wahrscheinlich auch z. B. die so häufig grossen Gehirne bedeutender Menschen. Bezüglich der Rassen wissen wir noch wenig, nur dass grosse Variationen bestehen, die aber durchaus nicht mit dem Intellect parallel laufen. Sodann wird die Anatomie, Physiologie der Nervenmassen besprochen. Ausser wahrscheinlich grösserem Zellenreichthum geht die Grösse der Zellen im Allgemeinen parallel der Grösse des Thieres; sie wachsen wahrscheinlich, so lange der Körper wächst. Bei der Geburt ist die Zelle aber schon fast ausgewachsen und wahrscheinlich entstehen nach dem 3. Fötalmonat keine neuen Zellen mehr, doch können die unentwickelten („latenten") sich später entwickeln Die sensiblen und sensorischen Nervenfasern sind zahlreicher, als die motorischen, besonders im Gehirn. Die Beurtheilung der Hirnfurchen erfordert grosse Vorsicht, da weder Geschlecht, noch Rasse oder Klasse characteristische Furchen aufweisen. Das Verbrecher-Gehirn ist nicht atavistisch zu deuten. Mensch und Affe haben ähnliche Localisationen an der Hirnoberfläche, doch hat Ersterer mehr und eingeengtere Centren. Wichtig erscheinen die verschiedenen Rythmen im Nervenleben, wahrscheinlich durch Adaptation entstanden. Alles ist Reflex, nichts Automatismus. Ermüdung und Alter schaffen anatomische Veränderungen. Die Erziehung kann nur höchstens latente Zellen zum Reifen bringen, nie neue erzeugen. Ob Erziehung oder die Cultur das Gehirn quantitativ oder qualitativ verändern können, ist noch durchaus unerwiesen. Näcke (Hubertusberg).

LXIII) **M. v. Lenhossék:** Der feinere Bau des Nervensystems im Lichte neuester Forschungen. Eine allgemeine Betrachtung der Structurprincipien des Nervensystems, nebst einer Darstellung des feineren Baues des Rückenmarkes. Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage.

(Berlin 1895.)

Aus der vor drei Jahren erschienenen ersten, nur 139 Seiten umfassenden Auflage der Schrift ist jetzt ein stattlicher Band geworden. Der in der letzten Zeit namentlich durch die immer ausgedehntere Anwendung des Golgi'schen Färbungsverfahrens veranlasste grosse Aufschwung der nervenanatomischen Forschung, die Zusammenstellung der Ergebnisse der letzten Arbeiten, besonders Ramon y Cajal's, v. Kölliker's, Golgi's und van Gehuchten's und ihrer Schüler, sowie namentlich auch der Resultate der ebenso gründlichen als vielseitigen Untersuchungen des Verfassers selbst haben den Umfang des Buches verdreifacht. Die Eintheilung des Werkes ist im Wesentlichen die gleiche geblieben wie die der vorigen Ausgabe. Zunächst giebt der Verfasser eine detaillirte Darstellung der Wirkungsweise und der Anwendung des Golgi'schen Verfahrens, welche um so werthvoller ist, als diese Methode wegen der ihr anhaftenden, ungemein zahlreichen Misslichkeiten einer besonders sorgfältigen und ins Einzelne gehenden Erörterung bedarf. Auch in der Folge ist überall besondere Rücksicht auf die Beschreibung der technischen Methoden genommen worden, so dass das

Buch auch für die histologische Praxis, sei es nun dem Gehirnanatomen oder dem Neuropathologen, sich als werthvoll erweisen wird.

An den technischen Abschnitt reihen sich zwei Abhandlungen über die Nervenzellen im Allgemeinen und über die Histiogenese des Nervensystems.

Das nun folgende Kapitel über das Neuron ist neu. Nach einer kurzen Schilderung der einschlägigen anatomischen Verhältnisse giebt von Lenhossék eine ausführliche Darstellung der Physiologie der Nerveneinheit. Die Dendriten haben eine doppelte Function, einmal eine nutritive Aufgabe, indem sie aus der umgebenden Plasmaflüssigkeit direct den Stoffwechsel vermitteln, und zweitens eine specifisch-nervöse: die Aufnahme von äusseren Reizen und die Weiterleitung derselben in cellipetaler oder besser exopetaler Richtung. Doch ist die Nervenzelle nicht für jeden Reiz empfänglich, es besteht eine Art Election für bestimmte Reize, eine Bevorzugung bestimmter Contacte, welche je nach der Entwicklungsphase des Individuums wechseln können. Die Erregung wird im Axon immer in cellifugaler Richtung geleitet; die Ausnahme, welche die sensiblen Fasern zu bilden scheinen, indem sie den Reiz nach ihrer Zelle im Spinalganglion hin fortpflanzen, erklärt sich dadurch, dass die sensiblen Fasern keinen eigentlichen Axon, sondern einen modificirten Plasmafortsatz darstellen, der eigentliche Axon der Spinalganglienzelle verläuft ins Rückenmark. Die vom Axon ausgehenden Seitenfibrillen zerfallen in zwei functionell verschiedene Gruppen. Die nahe an der Axenwurzel entspringenden Axodendriten sind wie echte Dendriten receptiv thätig, die später abgehenden Reflexcollateralen dagegen, Paraxonen arbeiten reizübertragend. Die Integrität des gesammten Neurons ist an seine Continuität gebunden. Selbst wenn sich im centralen Theile zunächst keine Degenerationserscheinungen geltend machen, so kann das Neuron zu Grunde gehen und zwar muss es das besonders in Folge von Störungen, welche die Unmöglichkeit, die zahlreichen von den gewohnten Verbindungsbahnen herströmenden Reize an die Peripherie abzugeben, bedingen.

Auch das fünfte Kapitel über die Structur der Nervenzellen ist neu aufgenommen. Eingehend beschrieben sind die motorischen Vorderhornzellen des Rückenmarks und die Spinalganglienzellen. Eine fibrilläre Structur dieser Zellen, wie sie früher immer beschrieben wurde, ist nirgends nachzuweisen. Hier wie dort handelt es sich lediglich um theilweise recht complicirte Granulirungen. Das äusserste, was man von der Grundsubstanz dieser Zellgebilde wahrnehmen kann, ist eine schaum- oder wabenartige nicht näher zu characterisirende Structuirung von ausserordentlicher Feinheit.

Hieran reiht sich ein Kapitel über die Stützzellen des Rückenmarks. Eigentliches Bindegewebe mesodermalen Ursprungs ist (von den Gefässen abgesehen) nicht vorhanden. Was von Stützelementen existirt, ist vielmehr, wie die Nervensubstanz selbst, ectodermaler Herkunft. Diese Thatsache ist für die Pathologie insofern interessant, als man jetzt nicht mehr von einem Gliosarkom reden darf, welche durch diese Bezeichnung eben als Bindegewebsgeschwulst hingestellt wäre. Es handelt sich in diesen Fällen immer entweder um reine Gliome oder um Mischgeschwülste dieser und sarcomatöser Bildungen, welche von den Rückenmarkshüllen oder Gefässen ausgehen. Ferner wird die bisher angenommene Zugehörigkeit des septum posticum zur Pia mater in Abrede gestellt, dasselbe ist eine Ependymbildung der

Neuroglia. Auch besteht keine eigentliche Discontinuität an dieser Stelle, die dort befindlichen Zellen strahlen oft mit ihren Fortsätzen nach beiden Hälften aus; eine wirkliche hintere Fissur des Rückenmarks existirt nirgends, nur stellenweise wird durch den Eintritt grösserer Blutgefässe in der Mittellinie eine Andeutung von Spaltbildung erzeugt.

Den letzten Abschnitt des Buches bildet eine sehr eingehende Darstellung der nervösen Elemente des Rückenmarks, wofür wieder eine grosse Fülle neuen Studien- und Beobachtungsmaterials verwendet ist. Von besonderem Interesse sind hier die neuen Arbeiten des Verfassers über die Rolando'sche Substanz, in deren Hauptmasse er regressive Producte erblickt, über die Collateralen der Pyramidenvorderstränge, über die vorderen und hinteren Wurzeln etc.

60 Figuren im Text und 6 Tafeln zieren das Buch.

Die gesammte einschlägige Litteratur ist überall zusammengestellt.

Jentsch-Giessen.

LXIV) **M. Mahaim:** Recherches sur la structure anatomique du noyau rouge et ses connexions avec le pédoncule cérébelleux supérieur.

(Bruxelles 1894.)

Verf. durchschnitt beim neugeborenen Kaninchen den rechten pedunculus cerebelli ad corpora quadrigemina an der Grenze zwischen dem vorderen und hinteren Vierhügelpaar hinter der Kreuzungsstelle. Nach $4^1/_2$ Monaten erwies sich der hintere Theil des pedunculus vollkommen verschwunden. Die ganze rechte Kleinhirnhemisphäre inclusive nucleus dentatus war in der Entwicklung sehr zurückgeblieben, nur der Dachkern erschien intact. Nach vorn zu bemerkte man Fehlen des rechten pedunculus hinter, des linken vor der Kreuzung, Fehlen aller Nervenzellen im hinteren Drittel des linken rothen Kerns und auffallend geringe Anzahl und Kleinheit derselben im mittleren Abschnitt. Vorn dagegen verhalten sich beide Kerne ungefähr gleich. M. schliesst daraus, dass der hintere Theil des rothen Kerns die gekreuzten, der vordere die (wenig zahlreichen) ungekreuzten Fasern für den pedunculus cerebelli ad cerebrum liefert, der mittlere Theil seiner Zellen soll unter Collateralenbildung durch Vermittlung der formatio reticuloris ebenfalls mit dem Pedunculus der andern Seite in Verbindung treten.

Bei diesen Untersuchungen über die Histologie des rothen Kerns beim Kaninchen entdeckte der Verfasser ein neues ungefähr ein Millimeter im Durchmesser grosses sphärisches Kerngebilde, welches etwa an der Grenze des vorderen und mittleren Drittels des Hauptkerns liegt. Es besteht aus sehr dicht gestellten, sehr kleinen Zellen, zwischen denen sich zahlreiche feine Markfasern in dichten Bündeln hindurchwinden. Dieses vom Verfasser als nucleus minimus bezeichnete Gebiet war durch das Experiment nicht alterirt worden.

Die Schrift ist von der belgischen Akademie preisgekrönt.

Jentsch.

LXV) M. Benedikt: Ueber den Begriff „Krampf". — Vortag, gehalten im Wiener Medicinischen Klub am 23. Januar 1894.
(Separatabdruck aus der „Wiener Medicinischen Wochenschrift, Nr. 12 u 13, 1895.)

Benedikt's Vortrag enthält ausser einigen Mittheilungen aus der allgemeinen Muskelphysiologie, die nichts Neues bringen, eine Reihe Angriffe auf verschiedene Lehren der modernen Neurologie, darunter solche, welche wir als absolut grundlegend zu betrachten uns gewöhnt haben. So bestreitet er z. B. den für gewöhnlich angenommenen Verlauf der motorischen Fasern, indem er den Pyramiden eine andere Function zuspricht. Die secundäre Degeneration derselben z. B. nach Kapselläsionen erklärt er durch einen blossen trophoneurotischen, absolut nicht functionellen Zusammenhang. Die Pyramidendegeneration äussere sich wieder durch das Auftreten von Contracturen und zwar deswegen, weil die Pyramiden zur Gelenksinnervation in naher Beziehung stünden.

Ferner sollen die psychomotorischen Rindencentren nach Benedikt nicht die Angriffspunkte für die willkürliche Muskelinnervation im Sinne von Charles Bell sein. Sie stellen nach seiner Auffassung vielmehr blosse „Convulsionscentra" dar.

Benedikt nennt die Function solcher secundäer Bewegungscentra, als welche er ausser den motorischen Rindencentren z. B. auch die Pyramiden als contracturerregend und das Pulvinar thalam. optici als Ausgangspunkt für die Chorea ansieht, „Hilfsinnervation". Sie habe mit der willkürlichen Muskelinnervation nichts zu thun. Ihre Reizung oder auch im Gegentheil ihre Atrophie, resp. angeborene Aplasie, rufe die Krampferscheinungen, Contracturen etc. hervor. Es sei also der Krampf kein directer Gegensatz zur Lähmungserscheinung. Bei letzterer versagt aus irgend einem Grunde die directe Muskelinnervation, beim Krampfe sei aber letztere überhaupt gar nicht selbst betheiligt, sondern jene anderen mehr oder weniger selbstständigen Innervationssysteme. Ueber den physiologischen Werth und die Existenzberechtigung dieser letzteren spricht sich Benedikt nicht weiter aus, nur eingangs findet sich die Bemerkung, dass „die Natur immer nur mit einem Bruchtheile der vorhandenen Mittel arbeite".

Am Schlusse wendet sich Benedikt in überaus scharfer Weise gegen die übliche Auffassung vom Gehirndrucke. Im Gehirne könnten nur ganz geringe Druckschwankungen stattfinden, da die Zellen des plexus chorioides und die Endothelzellen der weichen Gehirnhäute durch abwechselnde Secretion und Resorption den hydraulischen Druck jederzeit annähernd gleich erhielten. Die Symptome des Gehirndrucks seien vielmehr daher abzuleiten, dass „krankhafte Reize innerhalb des Gehirns eine Veränderung der Circulation und der Ernährung im Schädel bedingten" und solchergestalt z. B. aufs Kleinhirn wirken (Schwindel) oder in trophoneurotischer Weise" die Sehnervenpapille in Mitleidenschaft ziehen. Was die operativen Erfolge anlange, so wirke die Trepanation einfach wie ein starkes Derivans.

Benedikt's Hypothesen haben wegen der vollkommen neuen Art der Auffassung so wichtiger Verhältnisse wie der geschilderten gewiss ein ausserordentliches Interesse für sich, doch sind bis jetzt die beigebrachten Belege für die von ihm aufgestellten Sätze zu dürftig, als dass der Autor erwarten könnte, in Kürze damit Schule zu machen. Benedikt's Forschungs-

art zeigt sich in seinen letzten Behauptungen vielmehr in erster Linie wieder von ihrer destructiven Seite. Jentsch.

LXVI) **H. Laehr**: Die Litteratur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie im 18. Jahrhundert. 2. Auflage. Hochquart, 213 p.

(Berlin 1895.)

Der Nestor der deutschen Psychiatrie hat sich durch obige bibliographische Riesenarbeit, die nicht weniger als 14,578 Schriften namhaft macht, ein unleugbares Verdienst erworben und dies Werk wird noch auf lange hin für den Forscher eine unerschöpfliche Fundgrube darstellen. Die Anordnung des Stoffs, nach den Jahren und nach dem Alphabet, ist eine sehr übersichtliche, ausserdem das Finden der einzelnen Schriften durch Namen- und Sachregister sehr erleichtert. Wer sich aber nicht der Mühe unterziehen will, herumzublättern, findet in der ausgezeichneten und klaren Einleitung die Quintessenz des Wissenswerthen dargestellt. Der Leser wird dann mit Staunen sehen, was unsere Altvordern im vielgeschmähten 18. Jahrhundert geleistet haben und dass sehr viele, vielleicht die meisten der jetzt als hochmodern geltenden Ideen schon damals ausgesprochen und im Keime da waren, mag die Form ihrer Behandlung unserem wissenschaftlichen Geschmacke auch nicht mehr zusagen. Wir werden dann mit etwas mehr Bescheidenheit auf unsere Errungenschaften blicken und das ist nicht die geringste Frucht historischer Forschung, die freilich bei uns leider zur Zeit wenig Liebe und Pflege geniesst. Zeichen einer Besserung nach dieser Richtung hin sind aber schon vorhanden.

Ich kann es mir nicht versagen, aus der Einleitung wenigstens einiges hervorzuheben, um das oben Gesagte einigermassen zu stützen.

Anatomische, physiologische, pathologisch-anatomische und chemische Untersuchungen des Centralnervensystems werden schon zahlreich unternommen, auch Thierexperimente fehlen nicht. Immer und immer wieder wird betont, dass Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten sind und sogar die Philosophen thuen das. Die Psychosen werden eingetheilt, einzeln besonders besprochen, namentlich die Hypochondrie und Hysterie, die Dementia von der Idiotie getrennt und der Cretinismus als etwas Besonderes hingestellt. Die männliche Hysterie ist nicht unbekannt. Sehr viele Schriften beschäftigen sich mit der Hundswuth, viele auch mit dem Mesmerismus, der von Vielen, wie heute der Hypnotismus, bekämpft wird; dass der Dämonen- und Hexenglauben immer mehr in Misscredit kommt, erscheint nicht wunderbar, auch das Pfuscherthum wird bekämpft. Ja Einige verlangen vom practischen Arzte bereits psychiatrische Kenntnisse und betonen, dass man in Psychosen mit psychischer Behandlung weiter komme als mit medicamentöser. Eingehend wird aber letztere beschrieben, besonders die Wirkung der Narcotica. Jedenfalls wird auch der Kopf eingerieben, Eis angewandt, Ekelkur gemacht etc. Die Electricität spielt bei Nervenkrankheiten eine grosse Rolle. Die Heredität wird besprochen, das Heirathen Epileptischer für bedenklich gehalten, der Zusammenhang von Leib und Seele, aber auch von Nervenstörungen, besonders der Tabes und der Lähmungen mit Syphilis bereits discutirt, psychometrische Untersuchungen werden unternommen, die forensische Psychiatrie nicht vergessen, der Alcoholmissbrauch bekämpft und auf psychologischem

Gebiete sehr viel gearbeitet. Lehrbücher über Psychiatrie oder Neurologie oder Monographieen einzelner Formen mehren sich gegen Ende des Jahrhunderts und selbst die Juristen fangen an, mit Psychiatrie sich zu beschäftigen, „obgleich die widerrechtliche Freiheitsberaubung durch Aufnahme in Irrenanstalten nirgends erwähnt wird.“ Und wie ein frisches litterarisch-wissenschaftliches Leben erblühte, so traten auch humane Behandlungsweisen der Geisteskranken an verschiedenen Orten Europas, und zwar schon vor Pinel, in Schrift und That hervor, mit oder ohne Gründung von Irrenanstalten. So verwarf z. B. Daquin in Frankreich schon vor Pinel den mechanischen Zwang und verlangte bessere Ernährung, Beschäftigung und Zerstreuung der Kranken. In Deutschland glänzen als Reformatoren Greding, Glawnig, Reil und Langermann, in Italien Chiarugi, in Amerika Rush etc.

Näcke (Hubertusburg).

LXVII) Prof. **E. Ferri**: Socialismus und moderne Wissenschaft*) (Darwin-Spencer-Marx). Uebersetzt und ergänzt von Dr. Hans Kurella.

(Leipzig, Georg Wigand's Verlag, 1895, 169 S. 1,50 Mk.)

Ueber die Vereinbarkeit der practischen Consequenzen des Darwinismus mit den humanitären und socialistischen Forderungen der Gegenwart ist viel discutirt worden. Die hervorragendsten Biologen und Sociologen haben an der Discussion Theil genommen und die dabei in Betracht kommenden Begriffe mehr und mehr geklärt. Eine Einigung schien jedoch nicht zu Stande kommen zu können. Die Darwinianer hörten nicht auf, die Ausjätung der Untüchtigen als Nothwendigkeit für das Gedeihen der menschlichen Rasse hinzustellen, und die Gegner, wenigstens soweit sie überhaupt den Darwinismus verstanden hatten, klammerten sich meist an die Möglichkeit, dass sich die durch Uebung der menschlichen Functionen errungenen Vervollkommnungen der Individuen vererben könnten.

Bei einem solchen Stande des Discussion ist jeder ernste Versuch, mehr Licht in die Frage zu bringen, mit Genugthuung zu begrüssen. Solch ein Versuch liegt vor in dem kleinen Buche Professor Ferri's über „Socialismus und moderne Wissenschaft“.

Ferri ist zugleich Darwinianer und Socialist, beides mit starker Ueberzeugung und dadurch von vornherein bewahrt vor dem Fehler vieler Darwinianer, den Socialismus mit den communistischen Anschauungen und Tendenzen der Gleichheit und Gleichmacherei auszustaffiren, und dem Fehler vieler Socialisten, den Begriff des Kampfes um's Dasein nicht hauptsächlich als Wettbewerb der Einzelnen unter einander um Selbsterhaltung und Fortpflanzung zu fassen.

Ferri behandelt sein Thema in beredter, zum Theil schwungvoller Sprache. Alle die vielen Beziehungen, die sich zwischen dem Socialismus und der modernen Wissenschaft ergeben haben, werden in einer Weise beleuchtet, die um so anregender und interessanter ist, als nicht wie sonst gewöhnlich ein berufmässiger

---

*) Die engen Beziehungen der Darlegungen Ferri's zur Entartungstheorie veranlasst die Aufnahme dieser Anzeige. Redaction.

Naturwissenschaftler oder National-Oeconom, sondern einmal ein Jurist und zwar ein Criminologe das Wort führt.

Es würde hier zu weit führen, den ganzen Inhalt der Arbeit zu besprechen. Ich will nur den Punkt herausheben, der für den Streit zwischen den Darwinianern und den Socialisten und Hygienikern eine principielle Bedeutung hat.

Ferri weist auf die Thatsache hin, dass, je höher im Allgemeinen ein Lebewesen auf der phylogenetischen Stufenleiter steht, desto geringer seine Reproduction ist. Die niederen Lebewesen erzeugen sehr viele Nachkommen, oft Millionen. Millionen werden aber auch wieder zerstört. Die Ueberlebenden sind nur ein kleiner Bruchtheil der Erzeugten. Mit der im Lauf der Phylogenese allmählich mühsam errungenen besseren Anpassung der Lebewesen an ihre Umgebung sinkt die Zahl der Erzeugten beständig ab, und die Differenz zwischen ihnen und den Ueberlebenden wird immer geringer. Bei den grossen Hufthieren und den Primaten ist sie am geringsten. Ferri's Gedanke ist nun der, dass der Socialismus, dessen Ziele ebenfalls in der Richtung einer Abschwächung der Differenz zwischen Geborenen und Ueberlebenden liegen, mit der fortschreitenden Entwicklung desshalb nicht in Conflict kommen könne, weil diese ja auch Hand in Hand gehe mit einer stetigen Verminderung der Zerstörung, die die erzeugten Lebewesen vor und während ihrer Reife erfahren. Eine gänzliche Aufhebung der Differenz erwartet Ferri übrigens nicht, es würde immer noch einige Entartete geben, die der Ausjätung in irgend einer Form zum Opfer fallen würden.

Ferri's Gedanke ist im Allgemeinen richtig, wenn er auch im Besonderen eine nähere Ausführung erheischt. Die erzeugten Individuen einer Art werden zum Theil vor ihrer Fortpflanzung vernichtet oder bleiben unfruchtbar. Die schädlichen Faktoren sind einerseits nonselectorische, die übermächtig alle Wesen der Art ohne Rücksicht auf ihre Tüchtigkeit treffen, und andrerseits selectorische, die die betroffenen Individuen je nach dem Grade ihrer Widerstandskraft das eine Mal erheblich schädigen oder vernichten, ein anderes Mal intact lassen oder nur innerhalb ihrer Regulationsbreiten stören. Je vollkommener die Lebewesen wurden, desto mehr Einflüssen konnten sie Stand halten, desto geringer wurden die nonselectorischen Schädlichkeiten, und desto mehr von den letzteren wurden zu selectorischen. In dem Maasse, wie die nonselectorischen Schädlichkeiten abnahmen, wurde eine hohe Zahl von erzeugten Nachkommen überflüssig: die Reproduction sank und damit die Differenz zwischen Erzeugten und Ueberlebenden.

Aber die Ausjätung blieb; was an Kraft unter dem Artniveau stand, verfiel ihr. Das Verhältniss zwischen nonselectorischer Vernichtung und Ausjätung verschob sich mehr und mehr zu Gunsten der Ausjätung. Denn mit der steigenden Anpassung der Lebewesen an ihre Umgebung wurden die nonselectorischen Schädlichkeiten, auf die sich der Anpassungsgewinn bezog, fortwährend von unten her in selectorische verwandelt; während die untere Grenze der letzteren stets sehr tief blieb, da jede Art, auch die höhere, äusserst schwache Individuen in sich begreift, die den geringsten äusseren Störungen zum Opfer fielen.

Das muss auch für die menschliche Entwickelung festgehalten werden. Die Verminderung der Differenz zwischen Erzeugten und Ueberlebenden wird hauptsächlich durch Abnahme der nonselectorischen Schädlichkeiten zu Stande kommen.

Wenn also der Socialismus, als Ausläufer der Hygiene des Individuums, in biotischer Hinsicht dazu tendirt, die Erzeugten zu schützen, womöglich alle derselben zur Reife gelangen zu lassen und so die Differenz zwischen Erzeugten und Ueberlebenden noch weiter zu vermindern, so müssen wir, um seine Bedeutung für die Entwicklung beurtheilen zu können, diese von ihm erstrebte Verminderung unter den zwei verschiedenen Gesichtspunkten betrachten, je nachdem sie durch ein Aufheben von nonselectorischen oder von selectorischen Störungen entsteht.

Die Verminderung durch Aufheben nonselectorischer, ja contraselectorischer Schädlichkeiten, wie z. B. der Kriege, würde in nichts gegen die Forderungen der Darwinianer verstossen, insofern wäre also der Socialismus durchaus nicht entwicklungsfeindlich. Dagegen wäre die Verminderung durch Aufheben selectorischer Einflüsse, durch den Schutz der Schwachen, im geraden Gegensatz gegen die darwinistische Forderung, dass es nothwendig sei, Schwache und Zurückgebliebene auszujäten, um sie an der Mischung mit Tüchtigen und der Vererbung ihrer Schwächen zu verhindern.

Ferri's Gedanke bedeutet also zwar eine wichtige Aeusserung in der Discussion der Vereinbarkeit des Socialismus und überhaupt der humanen Forderungen mit der darwinistischen Entwicklungslehre; allein ein principieller Ersatz für die Ausjätung ist damit noch nicht geliefert worden. Es wird dafür doch noch nöthig sein, zu der eventuellen Beherrschbarkeit der menschlichen Variabilität durch Beeinflussung und Auslese der Keime seine Zuflucht zu nehmen. Dr. A. Ploetz (Berlin).

LXVIII) **Ludwig Mann:** Ueber den Lähmungstypus bei der cerebralen Hemiplegie.

(Volkmann'sche Sammlung klinischer Vorträge, Neue Folge, Nr. 132. Leipzig 1895.)

M. erinnert zunächst an die von Wernicke ermittelte und bisher wenig beachtete Thatsache, dass fast in allen Fällen von Hemiplegie die anfänglich über das ganze Bein verbreitete Lähmung sich später auf bestimmte Muskelgruppen. die Beuger des Unterschenkels und die Dorsalflexoren des Fusses beschränkt. Bei Beschäftigung mit dem hemiplegischen Lähmungstypus der oberen Extremitäten gelang es M., an diesen ebenfalls gewisse Prädilectionsmuskeln aufzufinden. Die Hemiplegie lähmt nicht einzelne Muskeln, sondern functionell zusammengehörige Muskelcomplexe. Einzelne dieser Complexe werden in der überwiegenden Zahl der Fälle dauernd gelähmt, andere dagegen bleiben vollständig intact; zu ersteren gehören der der Handöffnung und der der Auswärtsrollung dienende Muskelcomplex, zu letzteren besonders die Muskelcomplexe, welche das Schliessen der Hand und das Einwärtsrollen der ganzen Extremität bewirken. Der von Wernicke entdeckte Typus der hemiplegischen Beinlähmung ist nach M. in der Weise aufzufassen, dass constant der der Verkürzung des Beines dienende Muskel complex gelähmt ist, während der der Verlängerung dienende gewöhnlich intact bleibt. L. Löwenfeld.

LXIX) Edmund Parish: Ueber die Trugwahrnehmung (Hallucination und Illusion). Mit besonderer Berücksichtigung der internationalen Enquête über Wachhallucination bei Gesunden.

(Schriften der Gesellschaft für psychologische Forschung, Heft 7/8.)
(Leipzig, Verlag von A. Abel, 1894.)

Die Arbeit ist, wie der Verfasser bemerkt, den Anregungen entsprungen, welche derselbe durch eingehende Beschäftigung mit dem Resultate der internationalen Statistik über „Wachhallucinationen“ bei Gesunden erhielt. Das erste Kapitel behandelt die psychologische Auffassung der Trugwahrnehmungen. Der Autor tritt hier der Ansicht entgegen, dass die Sinnesvorspiegelungen etwas von der Wahrnehmung Verschiedenes seien. Die Hallucination ist sinnliche Wahrnehmung wie jede andere, „nur ist zufällig kein Gegenstand da, das ist der ganze Unterschied (W. James)“. Auch die von Hagen, Schüle und Kandinsky vertretene Auffassung weist P. zurück, dass nur solche Sinnestäuschungen als Hallucinationen zu bezeichnen sind, welche die lebhafte Erscheinung eines subjectiv entstandenen Bildes (Tons, Worts und dergl.) neben und gleichzeitig mit wirklichen Sinnesempfindungen und in gleicher Geltung mit diesen bilden. Ob bei der Hallucination die Augen offen oder geschlossen sind, ob deutliche oder ganz verschwommene Gestalten gesehen werden, ist ganz gleichgiltig; ist die Trugwahrnehmung subjectiv entstanden, so ist sie auch als Trugwahrnehmung, Hallucination oder Illusion anzusprechen, einerlei, welches der Grund ihrer Entstehung war.

In den folgenden Kapiteln bespricht der Verfasser:

Das Auftreten der Trugwahrnehmungen bei besonderen pathologischen und physiologischen Zuständen;

Wachhallucinationen und das Resultat der internationalen Enquête über dieselben;

den physiologischen Vorgang bei der Trugwahrnehmung;

die Erzeuger der Trugwahrnehmung, den Inhalt der Trugwahrnehmung und seine Elemente;

die Auslösung der Trugwahrnehmung, die Deutlichkeit der Hallucinationen, das Benehmen der Hallucinanten, das Gefühl der Subjectivität, telepathische und gemeinsame Hallucinationen;

In der Deutung der telepathischen (wahrsagenden) Hallucinationen, resp. der Coincidenz solcher mit Ereignissen, welche für die hallucinirenden Personen von Bedeutung sind, bekundet P. eine sehr berechtigte Skepsis. Sowie die Sache bis jetzt liegt, scheint ihm, aus dem Verhältnisse der wahrsagenden Hallucinationen zu der Zahl der überhaupt vorkommenden ein Grund für die Annahme eines telepathischen, sich im Hallucinationsinhalt offenbarenden Einflusses nicht zu bestehen.

Anhang I enthält die Mittheilung der unter von Schrenck-Notzing's Leitung gesammelten Berichte über Wachsuggestion, Anhang II die tabellarische Zusammenstellung der Ergebnisse der internationalen Enquête über Wachhallucination.

Die fleissig geschriebene Arbeit bringt zwar keine neuen Thatsachen von Belang, sie gewährt jedoch eine gute Orientirung über den derzeitigen

Stand unserer Kenntnisse auf dem Gebiete der Sinnestäuschungen und die diese betreffenden Theorien. L. Löwenfeld.

LXX) **P. Sérieux**: L'assistance des alcoholiques. Création d'un asile spécial d'alcooliques dans le département de la Seine.
(Montévrain 1894)

Die Nothwendigkeit, auch in Frankreich, wo für die Trinkerfürsorge bis jetzt noch nichts Einheitliches geschehen ist, eine eigene Anstalt einzurichten, welche die Behandlung der Alcoholisten zum Zweck hat, veranlasste den Verfasser, eine Zusammenstellung der augenblicklichen Maassnahmen in der Säufertherapie, wie sie in der Schweiz und in Deutschland, in England und Amerika gehandhabt werden, vorzunehmen.

In einer kurzen Einleitung schildert er zunächst die verschiedenen Typen der Trinker und die bei ihrer Behandlung heutzutage allgemein geltenden Principien, die Nothwendigkeit besonderer Anstalten, welche mit den Irrenanstalten nichts zu thun haben, der langandauernden vollkommenen Abstinenz, des unerlässlichen Anschlusses des Patienten an eine Temperenzgesellschaft nach ihrem Austritte aus dem Asyl. Hierauf folgt eine eingehende Besprechung der verschiedenen schweizerischen und deutschen Heilanstalten, die Zahl ihrer Inquilinen, welche bei uns einige dreissig nirgends übersteigt, ihrer jeweiligen Einrichtung, Verwaltung und Hausordnung, der Beschaffenheit des Personals, der besonderen Beköstigungs-, Behandlungs- und Beschäftigungsart, der Ordnungsmassregeln, der Verwaltungs- und Pensionspreise, sowie schliesslich der erhaltenen Endresultate. Letztere scheinen nach den mitgetheilten Daten ziemlich zu schwanken. Der Verfasser sieht den Grund der tüchtigen, aber noch unbefriedigenden Leistungen der deutschen und schweizerischen Trinkerasyle in dem Umstande, dass sie einmal nur eine sehr beschränkte Zahl von Insassen aufnehmen können, und zweitens in der geringen Unterstützung seitens des Gesetzes. Ueberall gilt nämlich der Grundsatz der vollkommenen persönlichen Freiheit, der Patient kann nur auf sein persönliches Ansuchen aufgenommen und muss auf seinen Wunsch wieder entlassen werden. Letzteres geschieht begreiflicher Weise sehr häufig zu früh. Eine Ausnahme hiervon bildet nur das Trinkergesetz des Kantons St. Gallen, in welchem bestimmt wird, dass auf ärztliches Attest und auf das Gesuch der Eltern, des Vormunds oder auch von anderer Seite zwangsweise eine Internirung resp. Reinternirung des Betroffenen erfolgen kann. Bis 1893 sind in Ellikon 13 solcher Alcoholiker verpflegt worden.

Diese Verhältnisse bilden den Uebergang zu den einschlägigen amerikanischen und englischen Zuständen.

In England hat wohl der Kranke freie Selbstbestimmung über seinen Eintritt, aber nicht über die Dauer seines Aufenthalts in der Anstalt, während in Amerika und in einzelnen englischen Colonien das Gesetz über beides entscheidet. Die Frequenz der 7 englischen Anstalten ist gering, der Aufenthalt ist höchstens auf ein Jahr festgesetzt, nach welcher Frist der Patient entlassen werden muss, ohne Rücksicht auf die Räthlichkeit dieses Schrittes. Die Aufnahmeformalitäten halten viele vom Eintritt ab. Auch gilt das Gesetz nur für die wohlhabenden Klassen.

In Schottland betreibt man in letzter Zeit ebenfalls die Einführung der unfreiwilligen Versetzung und zwar auch der mittellosen Gewohnheitstrinker in die Asyle.

Die in Nordamerika überall übliche Art der gesetzlichen Internirung variirt je nach den Bestimmungen der einzelnen Staaten. Die amerikanischen Trinkerheilstätten, ungefähr 30 an Zahl, sind theilweise sehr stark frequentirt (Washingtonian House in Boston z. B zählte 1886 379 Insassen; hier sollen übrigens von den in den letzten 10 Jahren behandelten 5600 Trinkern 42% abstinent geblieben sein!).

In Frankreich, wo der Alcoholconsum pro Kopf seit 1850 sich fast verdreifacht und inzwischen denjenigen in England und der Schweiz überstiegen, wo die Zahl der Geistesstörungen mit alcoholistischer Grundlage nach der Angabe des Verfassers von 1873—1888 in der Hauptstadt sich verdoppelt hat und jetzt den dritten Theil aller Psychosen, die im Polizeispital zur Beobachtung kommen, bildet, war, wie erwähnt, auffallender Weise bisher noch nichts Besonderes für die Trinkerbehandlung gethan worden. Dieser in der letzten Zeit recht fühlbar gewordene Mangel hat im vorigen Jahre endlich zur Projectirung einer grossen Trinkerheilanstalt für das Seinedepartement geführt, und für die Organisation dieses Instituts macht nun der Verfasser auf Grund seiner eingehenden Beschäftigung mit dem Trinkerheilwesen im Auslande im zweiten Theile seines Buches eine Reihe von Vorschlägen.

Das neue französische Staatsasyl soll für nicht weniger als 500 Inquilinen eingerichtet werden. Es soll zur Aufnahme nicht nur der Gewohnheitstrinker, der Dipsomanen etc., sondern auch besonders der Alcoholiker in Aufregungszuständen bestimmt sein. Die Internirung erfolgt einstweilen zwangsweise oder auf ein Gesuch seitens des Kranken oder seiner Familie. Eine gesetzliche Berechtigung, den Kranken so lange zurückzuhalten, als seine Genesung erfordert, besteht dagegen nicht. Man sieht, es handelt sich hier um einen ganz neuen Typ der gedachten Anstalten.

Ausgeschlossen von der Aufnahme sollen sein die Kranken, welche an unheilbaren Nachkrankheiten des Alcoholismus leiden, oder bei denen das Leiden eine Begleiterscheinung tieferer psychischer Störungen oder Defecte darstellt, für welche wieder besondere Asyle vorgeschlagen werden, ausserdem die hartnäckigen Recidivisten.

Der Uebelstand, dass bei einer so grossen Anzahl Kranker die gerade bei solchen Affectionen so wichtige individuelle (besonders psychische) Behandlung leiden muss, soll dadurch ausgeglichen werden, dass die gesammte Insassenschaft in 10 Stationen zu je 50 Patienten eingetheilt wird, von welchen jede einen eigenen Pavillon, eigenen Garten, eigenes Personal, eigene Behandlung und Beschäftigungen erhält. Alle neu Eintretenden werden zunächst in einer besonderen Beobachtungsabtheilung klassificirt und dann den einzelnen Abtheilungen überwiesen. Ein besonderer Wachpavillon dient zur Unterbringung der unruhigen Kranken. Auch eine Station für wohlhabende und gebildete Alcoholisten (und Morphinisten) soll eingerichtet werden.

Die Behandlung geschieht nach den bewährten Gesichtspunkten der absoluten Abstinenz, ausgiebiger Arbeit, besonders starker Muskelarbeit im

Freien, Hydrotherapie, psychischer Ablenkung in den Arbeitspausen durch die verschiedensten Unterhaltungen und Spiele, und in der antialcoholistischen Propaganda. Nach der Entlassung soll der Patient in eine Temperenzgesellschaft eintreten.

Das Schlusskapitel behandelt die bauliche Anlage der zu gründenden Heilanstalt. Hierbei hat sich der Verfasser besonders den Plan der Colonie Alt-Scherbitz zum Muster genommen. Auszüge aus den Statuten der verschiedenen Temperenzgesellschaften und aus den Reglements einzelner Asyle schliessen das Buch.

Einen grossen Nachtheil für die zu erwartenden Leistungen der beabsichtigten Wohlthätigkeitsanstalt bilden die ungenügenden gesetzlichen Bestimmungen, wonach eine dauernde, zielbewusste Behandlung der Behafteten bis jetzt nicht möglich ist. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten bis zur vollständigen Heilung aushalten, ist hier, wo die Internirung vorzugsweise unfreiwillig erfolgt, doch eine recht geringe. Verfasser selbst verlangt zur fruchtbaren Ausübung des Trinkerheilverfahrens vom Gesetz:

1. Zwangsweise Detinirung aller Deliranten von wenigstens 6 Monaten bis zu 2 Jahren nach Ablauf der acuten Phase.
2. Zwangsweise Detinirung sowohl der freiwillig wie der unfreiwillig aufgenommenen Gewohnheitstrinker von 6 Monaten bis zu $1^1/_2$ Jahren.
3. Unbeschränkte Detinirung der unheilbaren Alcoholiker, welche für ihre Umgebung eine Gefahr bilden, letztere in eigenen Anstalten.

Im Interesse der wirksamen Bekämpfung des Alcoholismus könnte man eine solche Reform auch bei uns in Deutschland nur mit Befriedigung begrüssen. Jentsch.

III. Referate und Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

1. Anatomie und Histologie.

432) **W. v. Bechterew:** Die Bedeutung der Combination der entwicklungsgeschichtlichen und der Degenerationsmethode mit Vivisectionen für die experimentelle Physiologie des Nervensystems, und über die Rolle der zarten und der Kleinhirnbündel in der Gleichgewichtsfunction.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 16)

Bei neugeborenen Thieren steht die Insufficienz der einzelnen Functionen des Nervensystems in directem Zusammenhange mit der noch nicht vollendeten Entwicklung dieser oder jener Hirnabschnitte und der peripheren Nerven, die Abwesenheit dieser oder jener Functionen erklärt sich also aus der Unthätigkeit der betreffenden unentwickelten Bezirke des Centralnervensystems. Das Auftreten dieser oder jener Function ist auf jene Gebiete des Nervensystems zurückzuführen, welche schon mehr oder weniger entwickelt erscheinen. Die Bewegungserscheinungen bei electrischer Reizung dieser oder jener Gegend des Nervensystems neugeborener Thiere ist durch eine Erregung der markscheidenhaltige Fasern enthaltenden Leitungsbahnen zu erklären, ebenso wie die nach Zerstörung einzelner Nervenbezirke ein-

tretenden Störungen der Beweglichkeit oder Empfindlichkeit auf Rechnung der schon entwickelten Leitungssysteme zu setzen ist. Die Abwesenheit motorischer Effecte bei Reizung einzelner Theile des Nervensystems, wie das Ausbleiben von motorischen und sensiblen Störungen nach Durchschneidung und Zerstörung dieser oder jener Theile der Hirnsubstanz bei neugeborenen Thieren ist auf Rechnung der bei den neugeborenen Thieren noch unentwickelten Leitungsbahnen zu setzen.

Danach gewähren die experimentellen Untersuchungen an neugeborenen Thieren die Möglichkeit, die Function der einzelnen Bündel und der Hirnbezirke zu studiren. Die Untersuchungen müssen in der Combination der künstlich herbeigeführten secundären Degeneration und der electrischen Reizung oder der Zerstörung der Gegenden bestehen, welche die degenerirten Bündel enthalten. Hoppe.

---

433) **G. Mann:** On the preparation of nerve cells for experimental histological investigations.

(Proceed. Scot Micresc. Soc., p. 154, 1894.)

Mann giebt eine ausführliche Anleitung über die histologischen Methoden, die nach seinen Erfahrungen zur Untersuchung des feineren Baues der Nervenzellen und namentlich der Veränderungen, die sie im Zustande der Function aufweisen, am geeignetsten sind. Zur Fixirung empfiehlt er in erster Reihe Sublimat, rein oder mit dem Zusatze von 1 g concentrirter Pikrinsäure auf 100. Um eine recht rasche Fixirung des womöglich noch lebenswarmen Gewebes herbeizuführen, injicirt er den Körper des Thieres durch die Aorta mit Sublimatlösung, die auf 39 Grad erwärmt ist. Für die Netzhaut giebt er folgende Vorschriften: Nachdem man die Sublimatlösung 5 Minuten lang durch den Körper durchströmen liess, wird das Auge enucleirt, die Cornea entfernt, mit Ausnahme eines kleinen Stückes, das man oben zum Zwecke der nachträglichen Orientirung stehen lässt, ebenso auch die Linse und den Glaskörper, worauf man das Auge nun auf 2 Stunden in die erwärmte Sublimatlösung legt. War keine Injection vorausgegangen, so entfernt M. Cornea und Linse sorgfältig, macht einen Kreuzschnitt in den Glaskörper, bringt ihn durch einen mässigen von beiden Seiten auf die Sclere ausgeübten Druck zum Verfall, fasst während des Druckes die hervorquellende Glaskörpermasse mit einer Pincette, wodurch es leicht gelingt, den Glaskörper zu entfernen.

Nun kommt das Auge auf 3 Stunden in warme Sublimatlösung und zwar muss das Auge mit letzterer prall gefüllt sein. Nach diesem Termin gelingt es leicht, unter physiologischer Kochsalzlösung Sclera und Cornea so abzutragen, dass die Retina mit der Sehnervenfalte glatt ausgebreitet vorliegt. Nachdem das Stück in Alcohol von steigender Concentration entwässert und in Chloroform aufgehellt wurde, wird es in Paraffin vorsichtig eingebettet. Bei der Färbung der Schnitte kommt es darauf an, worauf man es vornehmlich abgesehen hat. Zur allgemeinen Orientirung dient die Färbung in Hämatoxylin, Hämatein oder M. Heidenhain's Eisenlackmethode. Für die Darstellung von Nissl's Granula hat sich folgende Methode am besten bewährt: Nachdem die Schnitte mit Jod behandelt und in Wasser ausgewaschen wurden, kommen sie auf 10 Minuten

in eine 1%ige, dann nach oberflächlicher Abspülung in Wasser auf 20 Minuten in eine 1/2%ige wässerige Lösung von Toluidinblau, werden dann rasch in absolutem Alcohol entwässert, in Xylol aufgehellt und in Terpentin-Kanadabalsam eingeschlossen. Zur Tinction der feineren Structur der Grundsubstanz der Zellen hat sich die Färbung mit Methylenblau am meisten bewährt, zur Darstellung der Nervenfasern die mit Bleu de Lyon. Reine Osmiumsäure hält M. für die Fixirung der Nervenzellen durchaus ungeeignet, ebenso auch absoluten Alcohol (vergl. die Nissl'sche Methode).

Bach.

---

434) **E. Lugaro:** Ueber den Ursprung einiger Hirnnerven (V, VI, VII, VIII). Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen und der Thiere, begründet von J. Moleschott, fortgesetzt von G. Colasanti und S. Fubini. Bd. XV, Heft 4, 1894.

Lugaro hat die Ursprungsverhältnisse des Abducens mit Hilfe der Golgi'schen Methode bei dem Kaninchen untersucht und ebenso wie schon früher Vincenzi und van Gehuchten gefunden, dass die in der Litteratur vorhandenen Angaben im Sinne einer Betheiligung des Abducenskernes an der Bildung des Nervus facialis wenigstens für das Kaninchen nicht zutreffen. Dagegen ergab sich, dass der Abducens eine Anzahl von Fasern aus einem besonderen, schon von van Gehuchten am Hühnerembryo beschriebenen secundären Kern bezieht, der ventral und lateral vom Hauptkern zwischen Facialiskern und motorischem Trigeminuskern liegt. Die daraus hervorgehenden Fasern schliessen sich bogenförmig den aus dem Hauptkern entspringenden an. Für einen gekreuzten Ursprung einiger Abducensfasern lagen wohl manche Anhaltspunkte vor, doch konnte ein solcher nicht mit Bestimmtheit nachgewiesen werden. — Bekanntlich bleiben nach Zerstörung des Facialiskernes der musculus orbicularis palpebrarum, corrugator supercilii und der musculus frontalis von der Lähmung verschont. Die Fasern, welche diese Muskeln versorgen, können demnach nicht aus dem gleichseitigen Facialiskern stammen. Mendel hat die dazu gehörigen Ursprungszellen im Oculomotoriuskern gesucht, Andere im Abducenskern. Lugaro ist der Ansicht, dass es sich hier um Fasern handelt, die aus dem gekreuzten Facialiskern stammen. Die Existenz einer gekreuzten Portion des Facialis trat an Golgi-Präparaten deutlich hervor. Bach.

---

435 **Fr. Hosch:** Zur Lehre von der Sehnervenkreuzung beim Menschen. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, Jahrg. XXIV. S. 97, 1894.)

Hosch hat in 3 Fällen, in denen seit 4, 14 und 25 Jahren einseitige Erblindung bestanden hatte, die Sehnervenkreuzung nach Weigert und Marchi behandelt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Fasern des einen Opticus gehen in beide Tractus über; 2. der gekreuzte Antheil bildet die grössere Masse; 3. die Fasern des ungekreuzten Bündels liegen im Tractus nicht ganz dicht gedrängt bei einander, sondern verlaufen mit den anderen untermischt und bilden eine keilförmige Figur, die sich von der Mittellinie her bis gegen den lateralen Rand hin zwischen die normalen Fasern hineinschiebt, während das gekreuzte Bündel wesentlich den medialen Theil und den basalen Rand einnimmt. Ueber die Verlaufs-

richtung des gekreuzten und ungekreuzten Bündels im Tractus wird keine bestimmte Antwort gegeben, es wird die Möglichkeit von zahlreichen individuellen Verschiedenheiten zugelassen.

Eine eingehende historische Abhandlung geht den eigenen Beobachtungen vorauf. (In der neuesten Zeit ist v. Kölliker nach Durchsicht der v. Michel'schen Präparate und auf Grund eigener normaler Präparate entschieden für die Totalkreuzung speciell auch beim Menschen eingetreten Es scheinen demnach keineswegs die Akten über dieses Kapitel geschlossen zu sein, sondern revisionsbedürftig. Ref.) Bach.

---

436) **T. W. P. Lawrence:** Remarks upon the position of the optic commissure in relation to the sphenoid bone. Proceed. Anat. Soc. of Great-Britain and Ireland.

(Journ. of Anat. and Phys., Vol. XXVIII, p. 18, 1894.)

Lawrence hat an einer Anzahl von Leichen bei verticaler Fixirung des Kopfes das Grosshirn in der Weise entfernt, dass das Chiasma mit den umgebenden Theilen in situ erhalten blieb und von oben her sichtbar wurde. Es konnten so die topographischen Beziehungen des Chiasma zu dem Keilbeinkörper festgestellt werden. Betrachtet man die obere Fläche des Keilbeinkörpers, so findet man vor der die Hypophyse aufnehmenden Grube einen Querwulst und davor eine quer verlaufende die beiden Foramina optica verbindende Furche, in der man annimmt, dass das Chiasma gelegen sei. Dies ist nach L. nie der Fall. Dasselbe liegt weiter hinten über der Fossa hypophyseos, so dass sein vorderer Rand kaum das Tuberculum sellæ berührt. Bei dem Neugeborenen und Kinde liegt es in einer Furche, die quer über dem Tuberculum sellæ verläuft. Diese Furche verschwindet später und dann nimmt das Chiasma seine definitive Lage hinter dem Tuberculum ein. Bach.

---

437) **E. Kallius:** Untersuchungen über dis Netzhaut der Säugethiere.

(Anatomische Hefte, herausgegeben von Merkel & Bonnet. Jahrg. 1894, S. 529.)

In der Netzhautarbeit von Kallius werden zum ersten Male die bahnbrechenden Untersuchungen von Dogiel und Ramon y Cajal in vollem Umfange und in allen Einzelheiten bestätigt. Der Arbeit lagen die Netzhäute verschiedener Säuger, wie Rind, Schwein, Pferd, Katze und Kaninchen zu Grunde, benutzt wurde hauptsächlich das rasche Golgi'sche Verfahren und die Methylenblaumethode. (Referent hat inzwischen auch an der menschlichen Netzhaut die Befunde Ramon y Cajal's, d. h. den für die Netzhaut der Säuger aufgestellten Typus bestätigen können; leider sind seine Resultate bis jetzt fragmentär geblieben, da es nur sehr selten gelingt, eine einigermassen befriedigende Imprägnation der nervösen Elemente zu bekommen.) Bezüglich der technischen Angaben ist auf das Original zu verweisen. [Die Technik der Golgi'schen Methode ist mit am eingehendsten und vollkommensten in dem Werke v. Lenhossék's: Der feinere Bau des Nervensystems im Lichte neuester Forschungen (Verlag von H. Kornfeld, Fischer's medicin. Buchhandlung, 2. Aufl., Berlin 1895) geschildert und kann Ref. Jedem, der sich mit der Golgi'schen Methode beschäftigt, dieses Werk aufs Angelegentlichste empfehlen.]

In dem allgemeinen Theil nimmt Kallius zu den principiellen Fragen der Histologie des Nervensystems Stellung. Er stimmt darin Cajal bei, dass die Netzhaut zum Studium dieser Fragen ein besonders günstiges Object darbiete. Für den Nervenfortsatz schlägt er den Namen „Hauptfortsatz“ vor, für die andern möchte er den His'schen Namen „Dendriten“ beibehalten. Die Nervenzellen der Netzhaut lassen sich in 3 Categorien eintheilen: 1. in solche, die keinen besonderen Axencylinderfortsatz haben, hierher gehören die „Spongioblasten“ H. Müller's, vom Verf. „parareticuläre“ Zellen genannt, 2. in solche, deren Hauptfortsatz schon innerbalb der Netzhaut ein Ende erreicht, hierher gehören die bipolaren Zellen, deren absteigenden Fortsatz K. mit Cajal als Nervenfortsatz auffasst, und die sogen. horizontalen Zellen, und 3. in solche, deren Hauptfortsatz zu einer richtigen anfangs marklosen, später markhaltigen Nervenfaser wird. Diese Categorie ist durch die Elemente der inneren gangliösen Schicht dargestellt. — In Betreff der Dendriten spricht sich K. gegen die Hypothese Golgi's aus, wonach sie bloss Ernährungsorgane der Zellen seien. Ihre „nervöse“ Function ergiebt sich schon aus der Betrachtung der bipolaren Zellen, der einem protoplasmatischen Fortsatze gleichkommende aufsteigende Abschnitt derselben muss unbedingt nervöser Leitungsapparat sein, denn sonst würde jedes Zwischenglied zwischen den Sehepithelien und den Opticusfasern fehlen. Bezüglich der Frage, ob die Dendriten benachbarter Zellen mit einander anastomosiren oder nicht, scheint ihm sowohl Dogiel's Standpunkt (Continuität) als auch der Cajal's (Contact) „dogmatisch“ zu sein. Anastomosen sind nach seinen Befunden allerdings sehr selten, kommen aber doch manchmal vor; so glaubt er sie bestimmt gesehen zu haben in der Netzhaut des Pferdes und zwar nur an einer Stelle, nämlich zwischen den aufsteigenden Fortsätzen der bipolaren Zellen.

Im zweiten Theil seiner Arbeit geht K. auf die Einzelheiten der Netzhautstructur ein.

Am Schlusse seiner Arbeit versucht K. aus den histologisehen Verhältnissen der Netzhaut einige physiologische Schlüsse abzuleiten, wobei er sich hauptsächlich an Cajal anschliesst. Der Lichtreiz muss in der Netzhaut drei Hauptschichten passiren: 1. die Schicht der Sehepithelien, woselbst der Lichtreiz aufgenommen wird, 2. die der äusseren Ganglienzellen (bipolare Zellen), welche die Weiterleitung zu 3. den inneren Ganglienzellen besorgen, von welchen aus der Reiz zum Gehirn geht. Diese 3 Zellstationen sind mit einander durch Contact verbunden, auf dem Wege durch dieselben erfolgt eine Concentration der optischen Erregung, indem die Zahl der Elemente in der inneren Netzhautschicht eine kleinere ist als in der äusseren. Schwierigkeiten bereitet die Deutung der horizontalen und parareticulären Zellen. Erstere könnten nach des Verf. Vermuthung dazu dienen, einen Lichteindruck, der grosse Netzpartien trifft, als diffusen Lichtschein aufzunehmen, ohne ihn bestimmt zu localisiren. Die Function der letzteren ist zur Zeit absolut dunkel. K. nennt H. Müller's Spongioblasten, Cajal's amakrine Zellen parareticuläre Zellen. — Den bei niederen Vertebraten vorhandenen freien Nervenendigungen wird eine sensible Function zugedacht.

Bach.

438) **S. Ramon y Cajal:** Alcunas contribuciones al conocimiento de los Ganglios del encéfalo.

(VII. Terminacion central del niervo optico Madrid 1895.)

Ramon y Cajal hat die Gudden'sche Degenerationsmethode benützt, um die Ursprungsverhältnisse des Sehnerven festzustellen. Er hat bei je 2 Ratten und Mäusen das eine Auge exstirpirt, die Thiere 12 Tage darauf getödtet und die Gehirne an Serienschnitten mit der Marchi'schen Färbung untersucht. In einer vorläufigen Mittheilung fasst er seine Erfahrungen folgendermassen zusammen:

1. Bei der Ratte und der Maus ist die Sehnervenkreuzung eine partielle, indem ein kleines Faserbündel stets ungekreuzt und zwar immer auf der oberen Fläche des Sehnerven verläuft.
2. Die Mehrzahl der in den Zellen der Netzhaut entspringenden Opticusfasern endigt im äusseren Kniehöcker. Der innere Kniehöcker scheint kein Endigungsgebiet für die retinalen Fasern abzugeben; das Opticusbündel, das ihn bedeckt, setzt darüber weg und gelangt in die vorderen Vierhügel.
3. Viele scheinbar in den äusseren Kniehöcker eintretende Fasern streichen darüber einfach hinweg und gelangen in jenes Gebiet des Sehhügels, das dem Pulvinar der höheren Säuger entspricht. Das Ganglion habenulæ steht zu dem Sehnerven nicht in Beziehung.
4. Die hintersten von diesen letzteren Fasern wenden sich vom Thalamus her nach hinten und gehen in den vorderen Vierhügel über, wo sie mit jenem kräftigen Faserbündel zusammentreffen, das über das Corpus geniculatum mediale weg zum Vierhügel gelangt.
5. Die Fasern des ungekreuzten Bündels gehen zu dem Corpus geniculatum externum derselben Seite und endigen darin in ähnlicher Weise wie die gekreuzten. Zu den Vierhügeln lassen sie sich nie verfolgen.
6. Die histologisch zuerst von Cajal nachgewiesenen centrifugalen Opticusfasern scheinen aus Nervenzellen der unteren Regionen des Sehhügels zu entspringen, unweit von der Substantia nigra.

Bach.

---

439) **S. E. Henschen:** Les centres optiques cérébraux.

(Revue générale d'Ophth., p. 337, 1894.)

Das Beweismaterial für die Anschauungen, die H. hier über die Localisation des optischen Rindencentrums entwickelt, hat er in seinem umfangreichen Werke: Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns (cfr. Referat in diesem Centralblatt, Februar 1893, S. 71) niedergelegt:

Das eigentliche corticale Sehcentrum, d. h. die Stelle der Hirnrinde, wo die Lichtreize direct empfangen werden, ist streng auf die Fissura calcarina beschränkt. Das hinzuführende Bündel ist im unteren Theil der sogenannten Sehstrahlung enthalten und nur einige mm bis 1 cm breit. Alle Theile des Hinterhauptlappens bis auf die Fissura calcarina können zerstört sein, ohne dass Sehstörungen vorhanden sind; dahingegen fehlen solche nie bei Läsionen, die diese Stelle betreffen. Die Fälle von Hemianopsie, wo andere Bezirke der Hinterhauptsrinde zerstört, die Fissura calcarina

intact gefunden wurden, erklären sich nach H.'s Ansicht daraus, dass die Zerstörung unter der Rinde tief in die weisse Substanz vorgedrungen und das zur Fissura calcarina führende Bündelchen angegriffen hatte. Landolt's Theorie, dass für den Farbensinn ein besonderes Centrum an der ventralen Fläche des Hinterhauptlappens bestehe, pflichtet H. auf Grund seiner Erfahrungen nicht bei. Die Perception für Lichtreize und für Farben ist an dieselbe Stelle geknüpft. Ebenso wenig giebt es besondere Centra für das gekreuzte und ungekreuzte Opticusbündel. Innerhalb des Sehcentrums scheinen die von den verschiedenen Punkten der Netzhaut kommenden Fasern in einer bestimmten constanten Weise angeordnet zu sein. Das Centrum der Macula lutea liegt im vorderen Theil der Fissura calcarina, das der rechts und links gelegenen peripherischen Netzhautzonen in deren hinterem Theil; die aus der oberen Retinahälfte kommenden Fasern sind in die untere Lippe der Fissura calcarina, die aus der unteren Hälfte kommenden wahrscheinlich in deren obere Lippe zu localisiren. So besteht also eine gesetzmässige Projection der peripherischen Netzhaut auf die Rinde der Fissura calcarina und man kann daher dieses Rindengebiet als corticale Netzhaut bezeichnen. Die so schmale Localisation des eigentlichen Sehcentrums schliesst nicht aus, dass die gesammte Rinde des Hinterhauptlappens für den so complicirten psychischen Vorgang des Sehens von Bedeutung ist. Das centrale Feld der optischen Erinnerungsbilder fällt auf keinen Fall mit dem Sehcentrum zusammen. Zum Schlusse sucht H. Irrthümliches in den seinen eigenen Ansichten widersprechenden Mittheilungen v. Monakow's und Vialet's nachzuweisen. Bach.

---

440) **W. v. Bechterew**: Der hintere Zweihügel als Centrum für das Gehör, die Stimme und die Reflexbewegungen.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 16.)

B. giebt eine Uebersicht über die Untersuchungen, welche die Beziehungen des hinteren Zweihügels zum Gehör und zur motorischen Sphäre festgestellt haben. Dass dem hinteren Zweihügel und dem Corp. geniculatum int. für das Gehör eine ebensolche Bedeutung zukommt wie dem vorderen Zweihügel und dem Corp. geniculatum ext. für das Gesicht, haben Versuche mit Zerstörungen des hinteren Zweihügels bei Meerschweinchen und weissen Ratten gelehrt. Es stellte sich darauf eine mehr oder weniger deutliche Schwerhörigkeit resp. Taubheit zugleich mit einer auffallenden Schwächung der Stimme bis zum vollständigen Verlust derselben ein. Einseitige Zerstörung des hinteren Zweihügels führte nur zur Schwächung der Stimme, während oberflächliche Zerstörung die Stimmäusserung nicht wesentlich beeinflusste. Nach Onodi enthält die Hirnbasis in der 8 mm hinter einer Linie, welche vordere und hintere Zweihügel trennt, gelegenen Strecke ein besonderes Stimmcentrum, womit auch die Resultate des Verfassers übereinstimmen.

Die vollständige Zerstörung des hinteren Zweihügels hat ferner zur Folge, dass die Thiere die Fähigkeit zu gehen und zu stehen verlieren, während die einzelnen Bewegungen der Glieder noch erhalten sind.

Da, wie frühere Versuche lehrten, Reizung eines der hinteren Zweihügel Ablenkung der Augäpfel nach der entgegengesetzten Seite und Drehung und Aufrichtung der gegenüberliegenden Ohrmuschel hervorruft, während

sich gleichzeitig krampfhafte Contractionen an der entgegengesetzten und schwächere an der gleichseitigen Körperhälfte einstellen, so meint v. B., dass im hinteren Zweihügel, welcher das Gehörscentrum enthält, auch die reflectorischen Leitungsbahnen für die verschiedenartigsten Bewegungen, welche unter dem Einflusse der Gehörseindrücke stehen, wie Stimmäusserung, Drehung und Erhebung der Ohrmuscheln, Bewegung der Augäpfel, zusammengehäuft sind.

Hoppe.

---

2. Physiologie und Psychologie.

441) **Eugen Dreher**: Grundzüge einer Gedächtnisslehre.
(Sammlung pädagogischer Vorträge, V. Bd., H. 4. Bielefeld, Helmich.)

In Band XV dieser Zeitschrift ist eine Recension einer ästhetischen Schrift des Verfassers erschienen, welche durch die herausgegriffenen Stellen vielleicht bei Manchem eine falsche Auffassung über den Gesammtcharacter von Dreher's Schriften hervorbringt. Um zu zeigen, dass Dreher trotz der personificirenden Art seines Ausdruckes (des „Ich") im Grunde Analytiker ist und mit der psychologischen Forschung im Gegensatz zur metaphysischen Construction Fühlung hat, möchte ich aus seinen zahlreichen das psychophysiologische Mittelgebiet berührenden Schriften*) die Grundzüge einer Gedächtnisslehre herausgreifen.

Manche Leute meinen, dass das „Unbewusste" nicht vorhanden sei, weil es logische Schwierigkeiten macht, sich so etwas vorzustellen. Der sogenannte Verstand decretirt nach der Methode eines Polizeivorstehers, dass derartige dunkle, unbegreifliche und die Einrichtung verständiger Köpfe störende Dinge in der Natur nicht vorkommen sollen. Ich selbst habe lange zu dieser logischen Ordnungspartei gehört. Nachdem ich mich experimentell überzeugt habe, dass schon beim wachen normalen Menschen eine grosse Zahl von Bewegungen und Haltungen (Spannungen) vorkommen, welche durchaus den Character gewollter Bewegungen an sich tragen, während die betreffenden Menschen von diesen cerebralen Leistungen nichts wissen, sehe ich viele Dinge mit anderen Augen an und lasse mich auch nicht beirren, wenn Schriftsteller wie Dreher sich in Aeusserungen über das Unbewusste scheinbar in Widersprüche verwickeln, welche bei der völligen Unangepasstheit der menschlichen Sprache für diese Etage des Psychischen selbstverständlich sind. Es handelt sich darum, hinter dem Wortnebel von „Bewusstheit", „Ich", „Unbewusst" etc. die Grunderfahrungen zu erblicken, welche der Verfasser gehabt hat. Wer Dreher's Schrift in dieser Weise liest, wird eine Fülle von Anregungen erkennen. Er untersucht die Gedächtnissthätigkeiten auf diesen Dualismus von bewusst und unbewusst, wobei diese unbewusste Thätigkeit ebenfalls als eine — ganz allgemein gesagt — psychische aufgefasst wird.**) Dr. beweist, „dass das

---

*) Drei psycho-physische Schriften Leipzig, Konegen 1891. Sinneswahrnehmung und Traumbild, „Natur". Mai 1888

**) Der Auffassung, dass das Unbewusste, dessen Wirksamkeit sich experimentell nachweisen lässt, trotz des Mangels in unserem Bewusstsein den Character willkürlicher psychisch bedingter Bewegung hat, kann man nicht ausweichen. Dadurch entsteht der scheinbar widersinnige Satz, dass das Unbewusste „psychisch" oder „an sich bewusst" ist. Wenn die Natur unlogisch ist, ist es eben die Sprache auch.

Unbewusste ein höchst wesentlicher Factor des Gedächtnisses ist“, ferner, dass die Rolle, welche das Ich*) bei den Gedächtnissthätigkeiten spielt, keineswegs so gross ist, als man bei Zugrundelegung der Hypothese der nicht zusammengesetzten („einfachen“) Natur der Seele erwarten muss.“

Dr. setzt dann seine Lehre von unbewussten Gedächtnissthätigkeiten mit der Localisationslehre in Beziehung.

Ich empfehle eine vorurtheilslose Lectüre dieser und anderer Schriften Dreher's. Sommer.

---

442) **E. Morselli:** I disturbi della coscienza in relazione con le dismnesie. (Estratto della clinica moderna, Nr. 2, 1895.)

Die beiden klinischen Vorlesungen enthalten eine geistvolle Darstellung der Beziehungen zwischen Gedächtniss und Bewusstsein unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Morselli unterscheidet ein Rassengedächtniss, welches die ererbten Instincte, ein automatisches Gedächtniss, welches die individuellen Gewohnheiten begreift, und ein bewusstes Personalgedächtniss. Die ontogenetische sowohl wie die phylogenetische Tendenz der Psyche geht dahin, die Vorgänge in der letzten Sphäre immer mehr in die zweite und erste Categorie hinein zu verpflanzen.

Besondere klinische Bedeutung haben die Automatismen der höheren Centren. Auf die Aeusserungen derselben unter pathologischen Verhältnissen als Somnambulismus, doppeltes Bewusstsein etc. wird dann unter steter Heranziehung der verwandten normal-psychologischen Zustände näher eingegangen. Jentsch.

B. Nervenheilkunde.

1. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

443) **P. Marie:** Sur l'incongruence entre les lésions des fibres radiculaires intramédullaires et les lésions des troncs des racines.
(Extrait des Bulletins de Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 20. juillet 1894.)

Der histologische Befund von Querschnitten degenerirter Rückenmarke weist häufig ein auffallendes Verhalten auf, nämlich, dass die Wurzelfasern innerhalb der Medulla in weit stärkerem Maasse von der Entartung ergriffen sind, als die zugehörigen Nervenwurzelstämme selbst, nachdem sie die pia mater passirt haben. Die Degeneration zeigt sich hier oft nur in dem an die Pia angrenzenden Theile, während die weiter nach dem Spinalganglion gelegenen Partien sich vollkommen normal darstellen können. Obersteiner und Redlich haben diese Thatsache so erklärt, dass sie das Centrum der betreffenden Erkrankung an der Pialscheide selbst suchten und als Ursache der gesammten Entartungserscheinung eine Art von entzündlicher Pialstrangulation construirten. Nach Marie dagegen verhält sich die Sache folgendermassen:

---

*) An Stelle dieses personificirenden Ausdruckes würden wir vielleicht sagen: „Bewusste Reproductionsthätigkeit“.

Jeder Axencylinder übt einen trophischen Einfluss auf seine Markscheide aus. Nun ist aber der Axencylinder aus einer grossen Anzahl von Einzelfibrillen zusammengesetzt. Geht nur ein kleiner Theil der letzteren zu Grunde, so hat dies in Hinblick auf die Intactheit der Markscheide nichts zu bedeuten. Nun gesellt sich von den Axencylindern der hinteren Wurzel nur eine kleine Anzahl feiner Fibrillen zu den Wurzelfasern, während die meisten beim Eintritt in die Medulla dichotomisch als Collateralen andere Wege einschlagen. Die schwachen Wurzelfasern selbst reagiren auf die pathologischen Veränderungen ihres Cylinders mit deutlich sichtbarem Zerfall der Markscheide, während bei den grösstentheils aus gesunden Collateralen anderer Bezirke bestehenden fertig constituirten Wurzelzügen der atrophisirende Einfluss der wenigen degenerirten Elemente nicht hinreicht, um diese sichtbar zu alteriren. Die Wurzeln sehen also gesund aus, ohne es in der That zu sein.

Diese letztere Consequenz würde dem Werthe vieler Resultate unserer bisherigen Forschungen über Degeneration von Nervenelementen erheblich Abbruch thun. Jentsch.

---

444) **A. Souques** und **G. Marinesco**: Dégénération ascendante de la moelle, destruction par compression lente de la queue de cheval et du cône terminal.

(Extrait de la Presse médicale. Paris, Georges Carré, 1895)

Ein 15jähriges Mädchen erkrankt an Paresen, Atrophien, Analgesien, ausgedehnten Drucknecrosen und Fehlen der Sehnenreflexe im Bereich der unteren Extremitäten und Sphincterenlähmung. Die Autopsie ergiebt eine Cyste in der Höhe des zweiten Lendenwirbels mit Fortsetzung nach oben und durch die entsprechenden stark erweiterten Zwischenwirbellöcher hindurch reichend nach beiden Seiten, welche das untere Drittel des conus medullaris und den darunter liegenden Theil der cauda equina etwa in einer Gesammtlänge von 3 cm mit ihren Hüllen gegen die linke Seite des Wirbelkanals angedrückt und vollkommen usurirt hat. Das Rückenmark erscheint nach oben auf etwa 10 cm etwas injicirt, die Nerven der cauda equina sind dagegen nicht sichtlich alterirt.

Diesem Compressionsvorgange haben sich weitgehende Degenerationen der Rückenmarkselemente angeschlossen. Im Sacral- und Lumbal heile sind die gesammten Hinterhörner und das ganze Gebiet der Hinterstränge mit Ausnahme der Flechsig'schen medianen Hinterstrangzone und eines Theiles der Hinterstranggrundbündel zu Grunde gegangen. Die Vorderhörner sind innen und aussen stark geschädigt. Vorder- und Seitenstränge sind intact. Aufsteigend verliert sich diese Degeneration allmählich. Nur im Hinterstranggrundbündel ist die Veränderung im Dorsalmarke noch stärker ausgesprochen als im lumbalen Theile. Im Halsmark beschränkt sie sich nur noch auf den hinteren Theil der Goll'schen Stränge. Die letzten Spuren der Degeneration finden sich in der Höhe des Hypoglossuskerns in den corpora restiformia.

Auch in den peripheren Nerven ist Faserschwund zu contatiren.

Jentsch.

---

445) **G. B. Pellizzi**: Contributo alla conoscenza delle degenerazioni secondarie del midollo spinale. Richerche sperimentali.

Derselbe: Nuove richerche sperimentali sulle degenerazioni secondarie spinali.

(Separat-Abdrücke aus den Annali di Freniatria, Turin, 1894—1895.)

Die beiden Berichte enthalten eine Zusammenstellung über 25 Experimente von Rückenmarksentartung bei Hunden, welche der auf dem Gebiete der Forschung über Degenerationen im Nervensystem ungemein fleissige Autor in den letzten 2 Jahren angestellt hat. Als Versuchsmethode bediente er sich der Umschnürung mittelst eines 1 cm breiten, durch einen zusammengebogenen Metallring geschlossenen Seidenbandes, welches das Rückenmark in toto comprimirte, oder Einführung von Seidenstreifen in den Rückenmarkskanal, mit welchen localer Druck ausgeübt werden konnte. In der zweiten Versuchsreihe wurde auch halbseitige Recision der Medulla und der Rückenmarkswurzeln und Thermokauterisation angewandt.

Der Flechsig'sche Strang, welcher grösstentheils aus den Clarke'schen Säulen zu stammen scheint, degenerirt vorzugsweise aufsteigend, doch bleibt eine ziemliche Anzahl Fasern von der Entartung verschont. Diese sollen aus dem Kleinhirn stammen. Für die Erklärung der zugleich auftretenden absteigenden Degeneration wird auch die Ramon-Kölliker'sche Bifurcationstheorie herangezogen, histologische Belege dafür fand Pellizzi nicht Gower's Strang entartete ebenfalls auf- und absteigend, nach beiden Richtungen ungefähr in gleicher Intensität, aber schwächer als der Flechsig'sche. Nur derjenige Theil, welcher an und vor dem Austritte der vorderen Wurzelfasern gelegen ist (Löwenthal'sches Randbündel), zeigt starke Degeneration nach unten. Die Gowers'schen Fasern rühren von dem hinteren lateralen Abschnitt des Vorderhorns her. Eine Kreuzung sollte nach den anfänglichen Experimenten in diesem und dem Flechsig'schen Strange nicht stattfinden. In den „nuove ricerche“ wird letztere indess für den Gowers'schen Strang eingeräumt. Die Vorderstranggrundbündel zeigen sowohl nach oben wie nach unten Kreuzung, die Entartung dieses Zuges geschieht vorwiegend in absteigendem Sinne. Pellizzi leitet seine Fasern aus dem vorderen Theil der Hinterhörner her, für den aufsteigenden Theil ist vielleicht der hintere Abschnitt der Vorderhörner der Ursprung. Von dort gehen die Fasern nach vorn und innen und kreuzen sich in sehr verschiedener Höhe in der vorderen Commissur. Alle drei Züge sind gemischt aus absteigenden und aufsteigenden Fasern, ihre trophischen Centren liegen theils in der grauen Substanz, theils im Intervertebralganglion.

Nach Durchschneidung der hinteren Lumbalwurzeln sistirt im Gowers'schen und Löwenthal'schen Strange die aufsteigende Entartung jenseits der Cervicalanschwellung, nach Durchschneidung der hinteren cervicalen Wurzeln in demselben Bereich die absteigende an der unteren Grenze der Lumbalanschwellung. Dieses Verhalten wird so erklärt, dass ein Theil der dorsalen Wurzelfasern durch die graue Substanz hindurch in die erwähnten Züge tritt und dann das Rückenmark in der Höhe der Hals- und Lendenmarkanschwellung verlässt. Die Beobachtung am Versuchsthiere spricht dafür, dass diese Leitungen zur Coordination des Tonus der einzelnen Extremitäten-

muskeln in Beziehung stehen. Trophische und tonisch-statische Uebertragungen scheinen auch die Hauptfunction des Flechsig'schen Stranges zu sein. Sensible Bahnen enthält keines der drei Systeme, welche zweifellos als in enger Beziehung zum Kleinhirn stehend betrachtet werden müssen.
Jentsch.

---

446) **G. B. Pellizzi:** Sul decorso nel bulbo, nel cervello posteriore e nel cervelletto delle fibre degenerate in linea ascendente nei fasci periferizi del cordone antero-laterale, e sui-rapporti che contraggono i resti dei cordoni posteriori col corpo restiforme.
(Annali di Freniatria 1895, Bd. V, 1.)
Derselbe: Sulle degenerazioni secondarie a lesioni cerebellare.
(Rivista sperimentale 1895, XXI, p. 162.)

Mit den gleichen Methoden wie die vorigen Untersuchungen wurde eine weitere Reihe Degenerationsversuche im Bulbus und im Kleinhirn angestellt. Besonders wurde der bulbäre und cerebelläre Verlauf des Kleinhirnseitenstranges geprüft. Dieser zerfällt nach Pellizzi in drei gesonderte Tractus, einen dorsalen, einen medianen und einen ventralen. Der dorsale Theil verbindet sich mit dem corpus restiforme, der ventrale zieht anfänglich nach vorn bis in die Gegend der hinteren Vierhügel, kehrt dann, den pedunculus cerebelli ad corpus quadrigeminum umschlingend, um und tritt mit diesem ins Kleinhirn. Der mittlere, aus wenigen starken Fasern bestehend, gelangt in ähnlicher Weise zum pedunculus cerebelli ad pontem und mit diesem ebenfalls ins Kleinhirn. Die Verzweigung der Fasern der drei Stränge geschieht grösstentheils unter Kreuzung in der weissen Substanz der Oberwurmwindungen. Mit den grauen Kernen des Kleinhirns treten sie nicht in Verbindung. Der Uebergang eines Theiles der Fasern der Hinterstränge in das Corpus restiforme wird bestätigt.

Nach Exstirpation des Wurmes ergab sich vollkommene Degeneration des pedunculus cerebelli ad corpora quadrigemina und der daraus entspringenden Züge, partielle Degeneration der inneren Fasern des pedunculus cerebelli ad pontem, des stratum profundum und complexum der Brücke, der Schleife, des corpus trapezoides, restiforme im ventralen und medianen Cerebellartract und auf- und absteigend in den Pyramidenbahnen. Die gleichzeitig beobachteten Entartungserscheinungen in der aufsteigenden Trigeminuswurzel, dem Deiters'schen Kern und den fibræ arciformes internæ setzt Pellizzi direct, diejenigen des fasciculus longitudinalis posterior und die nach Entartung dieses Bündels, sowie des fasciculus retroflexus und des Deiters'schen Kerns eingetretenen Erscheinungen im Rückenmarke mittelbar auf Rechnung concomitirender Nebenverletzungen.

Die Veröffentlichung über die secundären Veränderungen nach Verletzungen des Kleinhirns ist eine provisorische. Weitere Untersuchungen über diese Veränderungen sind im Gange. Jentsch.

---

447) **Gustavo Pacetti:** Sulle lesioni del tronco dell'encefalo nella tabe.
(Reggio Emilia 1895. Sep.-Abdr. aus der „Rivista sperimentale" 1895)

Pacetti secirte einen Fall von Tabes mit stark ausgebildeten Degenerationserscheinungen im Gehirn. Besonders stark ergriffen zeigte

sich, wie in zahlreichen ähnlichen, die aufsteigende Quintuswurzel. Das von Sherrington auf experimentellem Wege nahegelegte Vorkommen von trophischen Fasern in derselben scheint durch den Pacetti'schen Fall insoweit bestätigt zu werden, als sich auch hier bei Lebzeiten des Patienten im Trigeminusgebiet trophische Störungen eingestellt hatten (Ausfall sämmtlicher Zähne des Oberkiefers). Die Degeneration ist anfangs in der substantia gelatinosa Rolandi und den benachbarten Theilen immer stärker als gegen das Ganglion Gasseri zu, die aufsteigende Quintuswurzel verhält sich also auch hier wie eine hintere Rückenmarkswurzel. Auch die substantia ferruginea erwies sich degenerirt, die erste derartige Beobachtung bei einem Tabesfalle, ferner der fasciculus respiratorius, welcher nahezu vollständig zu Grunde gegangen war. Von Interesse ist hierbei, dass der Kranke während einer starken Larynxkrise ad exitum kam. Die über dem Solitärstrange gelegenen fibræ arciformes, welche von Kölliker als dem Zuge des letzteren zugehörig angesprochen wurden, zeigten sich indess normal, der Verfasser hält sie desswegen nicht für Vagus-, sondern für Hypoglossusbahnen.

Weitgehende Veränderungen betrafen ebenso den Abducens- und Trochleariskern und deren Wurzelfasern, vom Oculomotorius-Ursprung hatte besonders der dorsale Abschnitt gelitten; der Westphal-Edinger'sche Kern war ebenfalls stark afficirt, der von Darkschewitsch dagegen nur in geringem Maasse. Die Wurzelfasern des III. zeigten sich weithin zerstört.

Die Arbeit wirft auf verschiedene strittige Gebiete der Kernanatomie, besonders der Augennerven, manches Licht.

Der nahe pathologisch-anatomische Zusammenhang zwischen Tabes und progressiver Paralyse ist wiederholt betont. Jentsch.

---

448) **B. K. Rachford** (Cincinnati, O.): Leucomain poisoning.
(The Medical Record, 22 Juni 1895)

Nach Verf. ist die Leucomain-Vergiftung eine sehr wichtige Art der Auto-Intoxication, die in mindestens drei deutlich verschiedenen, aber nahe verwandten klinischen Formen in die Erscheinung tritt: 1. als echte Migräne oder Leucomain-Kopfschmerz; 2. als migränöse (oder leucomaine) Epilepsie; 3. als eine migränöse (oder leucomaine) gastrische Neurose. In Bezug auf die erste Form hat er gefunden, dass es eine Reihe typischer Migränfälle giebt, in welchen während des Anfalls ausser dem Xanthin namentlich das stärkste Gift aller Leucomaine, das Paraxanthin, in reichlicher Menge durch den Urin ausgeschieden wird. Da aber diese übermässige Paraxanthin-Ausscheidung während der Intervalle der Migräne-Anfälle nicht gefunden wird, so scheint ihm in ihr die wichtigste Entstehungsursache der Migräne zu liegen. Und ebenso verhält sich's nach Verf. mit den beiden anderen Formen; auch hier fand er, wie er an Beispielen darlegt, als wahrscheinlichste Ursache der Erkrankung eine übermässige Bildung von Paraxanthin und (möglicher Weise?) anderer giftiger Leucomaine.

Am Schlusse der Abhandlung giebt Verf. eine genaue Beschreibung der von Salkowski und Salomon angewandten Methode zur Bestimmung des Paraxanthingehalts. Er fügt hinzu, dass 4 Liter normalen Harns zu wenig seien, um das auch im normalen Harn jedesmal vorhandene Paraxanthin nachzuweisen; und ferner, dass 3 Liter pathologischen Harns genügen, um

Paraxanthin in solcher Menge zu finden, dass es als wahrscheinliche Krankheitsursache angesehen werden könne. Voigt.

---

450) **L. Harrison Mettler** (Chicago, Ill.): Are work and worry causes of nervous affections. (Sind Ueberanstrengung und Kummer Ursache von Nervenkrankheiten?)

(The Medic. Rec, 7. Sept. 1895)

Verf. vergleicht das cerebrospinale Nervensystem mit einer Waage; der Stützpunkt liegt in der intermediären grauen Substanz des Rückenmarks und die beiden „Armaturen" werden dargestellt durch das cerebrospinale System von Nerven und Nervenzellen auf der einen, von dem spino-musculocutanen System auf der anderen Seite. Das erste ist psychischen Characters oder hat mit Impulsen zu thun, die an rein geistigen Eigenschaften Theil haben; das zweite ist mehr streng organischen Characters und ist eine Art Verbindungsglied zwischen des Menschen Ich und der Aussenwelt. Verf. demonstrirt nun an Künstlern, Schriftstellern u. s. w., dass die wahre Ursache der Neurasthenie mehr in der Störung des Gleichgewichts dieser beiden Systeme liege, als in der reinen Ueberanstrengung des ganzen Nervensystems. Arbeit und Ueberanstrengung, sagt er, sind an sich nicht schädlich, selbst wenn sie bis zum Uebermaasse fortgesetzt werden; schädlich und verderblich ist nur die einförmige, ununterbrochene Fortsetzung des Uebermaasses. Hieraus folgt, dass in allen Fällen von Neurasthenie nur diejenige Behandlung von Nutzen sein kann, der es gelingt, jenes gestörte Gleichgewicht wieder herzustellen und zu unterhalten. Voigt.

---

451) **W. v. Bechterew** (Petersburg): Ueber den Einfluss des Hungerns auf die neugeborenen Thiere, insbesondere auf das Gewicht und die Entwicklung des Gehirns.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr 18)

Die Untersuchungen wurden an 4 Würfen neugeborener Katzen und an 3 Würfen neugeborener Hündchen angestellt und mit den Resultaten neugeborener Thiere anderer Würfe verglichen.

Es zeigte sich, dass das neugeborene Thier um so eher eingeht, je früher es zu hungern anfängt. Bei Wassergenuss scheinen die Thiere länger auszuhalten. In einigen Fällen sinkt das Körpergewicht in abnehmender Progression bis zum Todestage, in anderen (besonders wenn das Hungern sofort nach der Geburt anfängt) in zunehmender Progression mit besonders schroffer Abnahme kurz vor dem Tode. Der absolute procentuale Gewichtsverlust ist beim Hungertode desto geringer, je jünger das neugeborene Thier war. Der Gewichtsverlust hungernder Neugeborener im Vergleich zu normal Ernährten erscheint colossal. Alle Organe, das Gehirn nicht ausgeschlossen, nehmen in höherem oder geringerem Grade an Gewicht ab. Der Gewichtsverlust des Gehirns ist verhälnissmässig gering, am grössten an den Hemisphären, am Rückenmark am geringsten. Das Gehirn aller Thiere, welche gehungert hatten, erschien bei der Section stark hyperämisch, von geringer Consistenz und ziemlich scharfem an Zersetzungsgase erinnerndem Geruch.

Microscopisch zeigte sich ausser Coagulationsnecrose und Myelinzerfall in den markscheidenhaltigen Fasern einige Verspätung in der Entwicklung und Markscheidebekleidung der bis zum Beginn des Hungerns noch unentwickelten Systeme.

Im Leben zeigten die hungernden Thiere Verspätung in der Augenlidöffnung und im Auftreten der Erregbarkeit der motorischen Hirnrindencentra.

Hoppe.

452) **F. W. Antonius Fabricius** (New-York): Insolation or Thermoplegia a clinical study.

(The Medic. Rec., 3 Aug. 1895)

Verf. bespricht die 3 klinisch deutlich von einander getrennten Formen des Sonnenstichs, die anämische, congestive und apoplectische. Bei der ersten (Erschöpfung des Nervensystems durch Insolation) handelt es sich meistens um geschwächte Leute mit „hochgespanntem" Nervensystem und geringer Widerstandskraft. Beginn mit einem Prodromalstadium von wechselnder Dauer. Characteristische Symptome: Syncope des Herzens, geistige Depression, Schwindligkeit, Kopfschmerz, grosse Prostration, blasses Gesicht, zeitweise Ekel und Erbrechen, Bewusstsein erhalten oder erst allmählig verloren. Temperatur subnormal, Pupillen erweitert, Muskeln vollständig erschlafft. Behandlung: Herzreizmittel. — Die Fälle der 2. Form zeichnen sich aus durch schnellen Anfang, heftigen Kopf- und Rückenschmerz, Schwindel, Ohrenklingen, Bewusstlosigkeit, geröthetes Gesicht, erweiterte Pupillen, schnellen, hochgespannten Puls, tiefe schnelle Respiration, gesteigerte Temperatur. Behandlung: kalte Bäder und Einpackungen, Abführmittel, Aderlass, später Bromide, Phenacetin u. s. w. — Der 3. Form begegnet man fast nur im heissen Sommer, wenn die Luft mit Wasserdampf gesättigt ist. Das häufigste Ende ist hier der Tod. Tritt er schnell ein, so erfolgt er an Herzparalyse oder Apnœ; tritt er erst am 2. oder 3. Tage ein, an Hirnödem oder secundärer Meningitis, erfolgt er noch später, an parenchymatöser Entzündung. Uncomplicirte Genesungen sind selten; Geisteserkrankung ist eine gewöhnliche Folge. Behandlung: schnelle Herabsetzung der Temperatur durch Kälte-Einwirkung (permanente kalte Douchen, Kaltwasserklystire), subcutane Injectionen von Tr. Strophanti, Aderlass, Pilocarpin u. s. w.

Voigt.

453) **Biot** (Mâcon): Du rôle de la barbe dans l'étiologie de la paralysie a frigore.

(Lyon médical 1895, Nr. 3)

Verfasser bestätigt an einigen Beispielen aus seiner Praxis die von Chabbert (Progrès médical 1894, Nr. 17) aufgestellte Behauptung, dass der Bart gleichsam als Talisman gegen die Facialisparalysen a frigore gelten könne, insofern sich statistisch nachweisen lasse, dass die Frauen viel häufiger an sogenannter rheumatischer Gesichtslähmung erkranken als die Männer, und von diesen wieder diejenigen, die einen Bart besitzen, bis zu einem gewissen Grade immun sind.

Buschan.

454) **J. Kieninger** (Illereichen): Myxödem in Folge angeborenen Schilddrüsenmangels.

(Der pract Arzt 1895, Nr 2, Febr.)

Verf. berichtet über einen diesbezüglichen Fall aus seiner eigenen Familie. Es handelte sich um einen Knaben, der bei seiner Geburt (1888) nur 40 cm maass, jedoch frisch und gut genährt war, bald jedoch von

langwierigem Icterus befallen wurde. Sein bis zum 2. Jahre befriedigendes Wachsthum blieb von dann an ziemlich stehen. December 1891 betrug die Körperlänge 74 cm; Dec. 1892 — 77 cm, Dec. 1883 — 79 cm, Dec. 1894 nur 80,5 cm.

Das Allgemeinbefinden verschlechterte sich mehr und mehr. Im 6. Jahre bot das Kind die typischen Erscheinungen eines hochgradigen Myxödems.

Im December 1894 begann Verf. mit Schilddrüsenfütterung, ging jedoch sehr bald zur Darreichung von Tabletten über (1/2 tabl. pro die). Nach 4 Tagen stellte sich reichliches Erbrechen, jedoch ohne weitere Nebenwirkungen ein. Nach 2 Tagen wurde die Kur fortgesetzt, die Dosis vom 12. Tage an bis zu 1 Tablette gesteigert. „Diese Dosis wurde 8 Tage gegeben, um mit einem überraschenden Erfolge gekrönt zu werden. Innerhalb dieser 3 Wochen waren alle Erscheinungen des Myxödems gänzlich verschwunden und der Kleine ist wie umgewandelt. An Stelle der Geschwulst trat auffällige Magerkeit, frische Gesichtsfarbe, von Anämie keine Spur, körperliche und geistige Lebhaftigkeit, warme Hände und Füsse, Esslust zu Allem, Uriniren reichlich und oft. Seine Furchtsamkeit ist geschwunden; er verlangt sogar die Gesellschaft seiner Altersgenossen.“

Auch die Körperlänge hat im Verlaufe eines Vierteljahres um 5 cm zugenommen, wie Verf. dem Referenten kürzlich mitgetheilt hat.

Buschan.

---

455) **Woods Hutchinson**: A case of acromegaly in a giantess.
(The American Journ. of the med. science, August 1895.)

Da eine riesengrosse Französin 1893 in Jowa starb und das Corpus der Verstorbenen für die Universität erworben wurde, konnte der Verfasser erstens constatiren, dass der weibliche Typus sowohl extern wie intern nur wenig ausgebildet war, — atrophische Mammæ und Genitalia, - zweitens, dass die Skelettbeile an Osteoporosie litten, mit starker Entwickelung des sinus frontalis und extensiver Grösse der Hände, Füsse, Nase und Kiefer, dabei colossale Hypertrophie der Glandula pituitaria. Der Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Riesen gewöhnlich keine hohe Intelligenz besitzen und jung sterben, — und fragt: „Would it not appear probable, that at least one forme of giantisme is merely acromegaly beginning in fœtal or infant life“, sagt der Verfassser, „and that the pituitary body has some title to the regarded as a „growth-centre“ for the entire body“, und er glaubt, dass vielleicht die Erscheinungen der Meyer'schen Krankheit mit ihren pharyngealen Granulationen und Hemmung in somatischer und intellectueller Entwicklung für das Verständniss der Acromegalie zu verwerthen wäre. Die Arbeit eignet sich jedoch für ausführlicheres Referiren nicht.

Th. Dedichen (Rotvold).

---

456) **Pearce Bayley**: Valcular disease of the heart in tabes.
(Journ. of nerv. and ment. dis 1895, Mai, Nr. 5.)

Erkrankungen der Herzklappen im Zusammenhange mit Tabes sind nicht selten beobachtet worden. Verfasser giebt im Auszuge die darauf bezüglichen Arbeiten von Vulpian, Charcot, Rosenbach, — Berger, Grasset, Jaubert, Balacakis, Angel, Grœdel, Gowers und Marie wieder. Er selbst

hat die in der Vanderbilt-Clinic und im Hospital for Incurables befindlichen Tabiker auf Klappenaffectionen hin untersucht, sowie die in der Litteratur zerstreuten Fälle mit Sectionsbericht zusammengetragen.

1. Von den 11 Tabikern der Klinik, die sich sämmtlich noch im Frühstadium befanden und zu gehen im Stande waren, war bei keinem ein Herzgeräusch zu constatiren, bei dreien erreichte die Herzdämpfung die Mamillarlinie; bei allen war der Herzschlag beschleunigt, was B. indessen der Untersuchung Schuld giebt.

2. Von den 10 Tabikern des Hospital for Incurables, Männern, die die Hälfte ihres Lebens bereits überschritten hatten und, bis auf einen, die Spätstadien der Krankheit zeigten, hatten mehrere eine Herzhypertrophie und einzelne auch eine leichte Pulsbeschleunigung. Nur ein Kranker bot die Anzeichen einer Aorteninsufficienz mit lautem diastolischen Geräusch, Herzhypertrophie und raschem Puls.

3. Die 17 Fälle von Autopsie, die B. aus der neueren Litteratur gesammelt hat, betreffen durch die microscopische Untersuchung sicher gestellte Hinterstrangsclerosen. In allen wurde das Gefässsystem als normal befunden mit folgenden Ausnahmen: In 4 Fällen war Atherom der Aorta bei intacten Klappen vorhanden. In einem Falle waren die Klappen des linken Herzens atheromatös entartet, es bestand gleichzeitig Dilatation und Hypertrophie. In einem weiteren Fall lagen eine leichte Verdickung der Aortaklappen an ihrer Verschlussstelle und Myocarditis vor.

Hiernach zu urtheilen, dürften organische Herzveränderungen bei der Tabes nicht häufiger vorkommen, als bei anderen Krankheiten senilen Characters. Buschan.

---

2. Diagnostik und Untersuchungsmethoden.

457) **Lichtheim** (Königsberg): Zur Diagnostik der Meningitis.
(Berliner klin Wochenschr. 1895, Nr 13.)

L. hat bereits vor 2 Jahren auf die diagnostische Bedeutung der spinalen Punction speciell für die Erkennung der verschiedenen Formen der Meningitis hingewiesen, indem er in der Tendenz der Ausbreitung auf das Rückenmark eins der wichtigsten Kennzeichen der Meningitis den anderen Hirnkrankheiten gegenüber erblickte.

Er hat, seitdem er zum ersten Male vor vielen Jahren in einem Falle von eitriger Ohrmeningitis durch die Punction streptococcenhaltigen Eiter aus dem Wirbelkanal entleert und die Diagnose sicher gestellt hat, bisher in allen weiteren Fällen (mit einer Ausnahme) die gleiche Beobachtung gemacht. Der Eitergehalt der entleerten Flüssigkeiten war sehr verschieden. Sehr leicht war stets der Nachweis der Microorganismen sowohl durch Färbung als durch Züchtung.

L. sieht in der diagnostischen Verwerthung der Punction die hauptsächlichste practische Bedeutung derselben, wenn auch, wie ihn kürzlich ein Fall gelehrt hat, ein negatives Resultat derselben noch nicht gegen eitrige Meningitis zu sprechen braucht. Doch zeigte auch in diesem Fall die (trübe) Cerebrospinalflüssigkeit immerhin deutliche entzündliche Veränderungen.

Die Punction sichert aber auch, wie L. gefunden hat, die Diagnose der tuberculösen Meningitis. L. hat wenigstens bisher in allen Fällen von

tuberculöser Meningitis, bei dene die Punction ausgeführt wurde, in der Cerebrospinalflüssigkeit Tuberkelbacillen nachweisen können. Freyhan hat auf diese Mittheilungen hin in einem Falle, der für epidemische Meningitis gehalten worden war, durch den Nachweis der Tuberkelbacillen nicht nur die Diagnose festgestellt, sondern auch, indem die Meningitis zur Heilung kam, die Heilbarkeit der tuberculösen Meningitis nachgewiesen. Während in diesem Fall die Tuberkelbacillen ausserordentlich zahlreich waren, sind dieselben gewöhnlich so spärlich in der Cerebrospinalflüssigkeit vorhanden, dass es zu ihrer Auffindung einer sehr sorgfältigen Untersuchung bedarf. Gewöhnlich ist die Cerebrospinalflüssigkeit bei der tuberculösen Meningitis klar, gelegentlich jedoch erscheint sie, wie in dem Freyhan'schen Falle, deutlich getrübt. Als characteristisch für die entzündliche Cerebrospinalflüssigkeit betrachtet L. noch ihre Gerinnbarkeit, während bei Geschwülsten und Abscessen die Gerinnung in der Cerebrospinalflüssigkeit fast ganz ausbleibt.

Die Ausführung der Punction bedingt für den Kranken nicht die geringste Gefahr, wenn man sich streng an die Vorschriften Quincke's hält. Doch wird man nach einer üblen Erfahrung, die L. gemacht hat (es traten im Anschluss an die Punction heftige Kopfschmerzen, Brustschmerzen und Schmerzen in den Oberschenkeln, begleitet von sehr heftigem Erbrechen auf) gut thun, die Entleerung der Cerebrospinalflüssigkeit nicht zu weit zu treiben und besonders darauf zu halten, dass ein positiver Druck in den Hirnventrikeln bleibt. Hoppe.

---

458) **Pierce Clark** (Middletown Conn.): Report of two cases of cerebral tumours mistaken for paresis, with autopsy.

(Journal of nervous and mental disease 1895, Nr. 5, Mai)

1. Fall. — 49jähriger Mann, über dessen Vorgeschichte absolut nichts zu eruiren war, zeigte während seines 5jährigen Aufenthaltes im Spital ein stumpfsinniges, kindisches, deprimirtes Wesen, ohne deutliche Anzeichen von Grössenideen: seine Klagen bestanden ausschliesslich über Schmerzen in der Stirngegend. Im 3. Jahre bot er bereits das Bild einer hochgradigen Demenz. Gang atactisch, Aussprache einfacher Worte mit grossen Schwierigkeiten verknüpft. Zunge, Lippen, Gesichtsmuskeln, Finger zeigten deutlichen Tremor. Patellarreflexe auf beiden Seiten gleichmässig gesteigert. 3 Monate vor dem Tode einige Convulsionen von 5—10 Minuten Dauer. — Die Diagnose war auf allgemeine Paralyse ohne Grössenideen gestellt worden. Die Autopsie ergab 3 grosse Gummata in der Mitte des rechten Vorderhirnlappens (weisse Substanz mit Betheiligung der Pia und Dura an dem Entzündungsprocess).

Verfasser nimmt an, dass eine syphilitische Meningitis die psychischen Erscheinungen hervorgerufen hat und dass erst später sich die Hirntumoren entwickelt haben.

2. Fall. — 34jähriger Mann aus angeblich gesunder Familie will vor 7 Monaten erkrankt sein; 2—3 Monate vor diesem Beginn beging er einen Selbstmordversuch. Während der Zeit der Beobachtung zeigte er sich intensiv deprimirt und antwortete auf Anfragen nur einsilbig, manchmal auch gar nicht. Aussprache langsam, zögernd. Tremor der Zunge, der

Gesichtsmuskeln und der Hände. Patellarreflexe beiderseits gleichmässig gesteigert. Keine Schwäche der Oberextremitäten, Tremor beider Finger. Pupillen ungleich, jedoch gut, wenn auch langsam, auf Licht und Accomodation reagirend. Puls langsam, an der linken Radialarterie zumeist nicht zu fühlen. — Der Kranke klagte häufig über Schwere im Kopfe und Schwindelanfälle. Alle 3 Wochen hatte er mild verlaufende convulsive Anfälle, die mit Unterbrechung eine halbe bis eine Stunde anhielten; ihnen schloss sich eine noch tiefere Depression an, keine Lähmung. Sie hatten weder epileptiformen noch apoplectischen Character und das Bewusstsein ging dabei nicht verloren. — Auch hier wurde die Diagnose auf Paralyse der Irren gestellt.

Die Autopsie stellte mehrere von der Dura ausgehende Sarcome fest. Das grösste derselben — ein Osteosarcom von Hühnereigrösse —, das gerade über der rechten Parietalregion sass und auf diese einen langsameren Druck ausgeübt haben musste, ging sogar durch die Schädeldecke hindurch. Die 3 übrigen Tumoren hatten zusammen ihren Sitz über der oberen Parietalregion. Keines aller dieser Sarcome hatte jedoch die Innenfläche der Dura oder die Pia in Mitleidenschaft gezogen. Buschan.

---

459) **H. Quincke** (Kiel): Ueber Lumbalpunction. — Nach einem Vortrage auf der Naturforscherversammlung in Lübeck.

(Berliner klinische Wochenschrift 1895, Nr. 41.)

Q. fordert, dass mit der Punction stets eine Messung des Druckes (durch Verbindung der Canüle mit einem dünnen Glasrohr) verbunden werde, welches bei normalen Individuen ungefähr auf 40—60 mm geschätzt werden kann, während 150 mm als pathologisch gelten muss. Q. hat bisher in 53 Fällen sehr verschiedene Krankheitszustände (namentlich Hirntumoren. Hydrocephalus und Meningitis) punctirt. Die meisten zeigten Hirndrucksymptome und Steigerung des manometrischen Druckes (auf 2—300 ausnahmsweise bis 700 mm), besonders bei schweren acuten Entzündungen. Im Allgemeinen lässt mässige Drucksteigerung mit schweren Druckerscheinungen auf eine acute, stark erhöhter Druck mit geringen Drucksymptomen auf chronische Entzündung schliessen. Die Menge der Flüssigkeit betrug 3—60 ccm (im Mittel 20 ccm), im Allgemeinen geben grössere Ergüsse auch grössere Flüssigkeitsmengen. In der Mehrzahl der Fälle ist sie wasserklar mit einem Eiweissgehalt, der bei acuten Entzündungen auf 1—3 p. m., bei chronischer Entzündung aber nur wenig über die Norm steigt.

Der diagnostische Werth der Lumbalpunction besteht nach Q. darin, dass sie bis zu einem gewissen Grade Aufschluss über die Art und das Maass eines Entzündungsvorganges in den Meningen und über die dabei etwa mitspielenden Microorganismen giebt. Therapeutischen Nutzen hat dieselbe wesentlich in acuten Fällen seröser und serös eitriger Meningitis, in chronischen Fällen wird bei acutem Nachschub wenigstens Erleichterung verschafft. Wenn häufiger und früher punctirt wird, wird sich die therapeutische Verwendbarkeit voraussichtlich erweitern.

Eine ausführliche Beschreibung der Technik der Lumbalpunction schliesst den Vortrag. Hoppe.

---

460) **O. O. Motschutkowsky** (Petersburg): Ein Apparat zur Prüfung der Schmerzempfindung. Der Haut-Algesiometer.
(Neurologisches Centralblatt 1895, Nr. 4.)

Der im Original abgebildete Apparat ist eine Art Metallhalter, welcher an seinem unteren Ende einen Knopf mit einer cachirten Nadel trägt. Dieselbe tritt durch Drehungen an einem am oberen Theil des Halters befindlichen Ring, unter welchem sich eine Scala mit 15 Theilstrichen befindet, langsam heraus, im Ganzen um 1,5 mm, so dass bei einer Drehung um einen Theilstrich die Nadel um 0,1 mm hervortritt. Man kann so exact bestimmen, bei welchem Theilstück zuerst Schmerz empfunden wird. Der Apparat gestattet also einen ziffernmässigen Ausdruck der Schmerzempfindung, ohne an die Intelligenz des zu Prüfenden besondere Anforderungen zu stellen und das Schliessen der Augen nöthig zu machen.

M. hat damit die Empfindlichkeit der Haut an den verschiedenen Körperstellen untersucht, bezüglich der Resultate muss auf's Original verwiesen werden. Im Allgemeinen ist die Schmerzempfindung der Dicke der epidermoidalen Lage umgekehrt proportional und bei gleicher Dicke der Haut um so grösser, je härter die Unterlage. Uebrigens zeigt die Schmerzempfindung zahlreiche individuelle Schwankungen. Hoppe.

---

461) **W. Koenig**: Weitere Mittheilungen über die functionellen Gesichtsfeldanomalien mit besonderer Berücksichtigung von Befunden an normalen Menschen. (Mit 7 Abbildungen.)
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, VII. Band, Seite 263, 1895.)

Koenig ergreift zu dem Kapitel der functionellen Gesichtsfeldstörungen nochmals (cfr. dieses Centralblatt 1892, S. 455, 1893 S. 227, 1894 S. 592) das Wort, um eine Anzahl neuer Fälle mitzutheilen, welche seine früheren Befunde bestätigen, auch neue Thatsachen bringen, ferner um seinen jetzigen Standpunkt, der sich seit dem Erscheinen seiner ersten Arbeit etwas verändert hat, ausführlich darzulegen. Weiterhin veranlassen ihn dazu zwei Arbeiten der letzten Zeit (von Peters und Salomonsohn), da in diesen Arbeiten die Anschauung vertreten wird, dass die „Ermüdungserscheinungen" auch bei nicht Nervenkranken bezw. normalen Individuen vorkommen und ihnen deswegen in diagnostischer Beziehung keine so erhebliche Bedeutung zukomme. — Den Ausdruck „Ermüdungserscheinungen" lässt K. fallen, da er zu Missverständnissen geführt hat, und wählt dafür die nichts präjudirende Bezeichnung „Untersuchungseinschränkung" (U.-E.), weil diese Art der Einschränkung erst durch die Untersuchung herbeigeführt wird.

Die Arbeit zerfällt in 4 Abschnitte:

A. Mittheilung von 10 neuen pathologischen Fällen.
B. Untersuchungsresultate bei 216 voraussichtlich nicht Nervenkranken.
C. Erörterung seines jetzigen Standpunktes.
D. Besprechung der Arbeiten von Peters und Salomonsohn.

Ad A. Die 10 neu beschriebenen Fälle zeigen alle hysterische Symptome.

Darunter sind 5 Fälle reiner typischer Hysterie:
1 Fall mit Epilepsie und Hysterie.

1 Fall mit Epilepsie.

2 Fälle mit posttraumatischer Psychoneurose, von denen einer auch organische Gehirnveränderungen darbot.

1 Fall von Dipsomanie.

Bei einem Falle war die Gesichtsfeldeinschränkung das einzige hysterische Symptom.

Functionelle Störungen im Bereiche des Gesichtsfeldes haben Alle und zwar fand sich concentrische Einschränkung (C. E.) + Untersuchungseinschränkung (U.-E.) in 5 Fällen. — C. E. ohne U.-E. in einem Fall. C. E. mit U.-E. nur auf einer Seite in einem Fall. — U.-E. bei normalem Gesichtsfeld (G.-F.) auf der einen Seite und C. E. auf der anderen Seite in einem Falle. — U.-E. bei normalem G.-F. auf der einen Seite und fast normalem auf der anderen Seite in einem Falle.

C. E. ohne U.-E. einerseits und oscillatorisches G.-F. bei normal grossem G.-F. andrerseits in einem Falle.

Ad B. Die Untersuchung erstreckte sich hier auf 216 Fälle (106 männliche, 110 weibliche).

Aus diesen Untersuchungen ergab sich Folgendes:

1. Ganz geringe Einschränkung von sehr wenigen Graden fand sich:
   a) einseitig: 10 mal,
   b) doppelseitig: 9 mal.
2. In der grösseren Hälfte der Fälle wurde im Anfang der Untersuchung — fast immer nur auf der temporalen Seite — das Gesichtsfeld zu klein angegeben und erst bei der zweiten Tour oder auch erst bei späteren Touren fanden sich die richtigen Grenzen.
3. Diese anfänglich falschen Angaben finden sich einseitig:
   a) Auf dem zuerst untersuchten Auge: 52 mal,
   b) auf dem zu zweit untersuchten Auge: 5 mal,
   c) auf beiden Augen: 73 mal.

In 20 von diesen 73 Fällen traten die fehlerhaften Angaben auf dem zuerst untersuchten Auge in auffälliger Weise stärker hervor; in 5 Fällen aber auf dem zu zweit untersuchten Auge.

4. In 8 Fällen wurden ein oder mehrere Male in Folge von momentaner Unaufmerksamkeit fehlerhafte Angaben gemacht.
5. U.-E. bis zu 4°, und zwar in allen Fällen nur auf einem Auge, fand sich:
   a) Auf der temporalen und nasalen Seite in 2 Fällen,
   b) auf der nasalen Seite allein in einem Falle 2°,
   c) auf der temporalen Seite allein in 22 Fällen.

6) Principielle Unterschiede zwischen dem G.-F. der männlichen und weiblichen Individuen fanden sich nicht.

Es geht aus den Untersuchungen des Verfassers hervor, dass bei einmaliger Untersuchung von 216 voraussichtlich nicht nervösen Leuten nur in 25 Fällen eine äusserst geringe U.-E. sich fand und zwar nur auf einem Auge. Die U.-E. beträgt meist 1—2°, nur 2 mal 4°. Dass eine U.-E. von 1—2° als durch Untersuchungsfehler bedingt angesehen werden kann, dürfte wohl nicht strittig sein.

Die U.-E. von 3—4° erklärt K. auch noch auf andere Weise.

Im Ganzen ergiebt sich demnach, dass eine U.-E. von irgend welcher nennenswerthen Bedeutung bei gesunden Individuen nicht vorkommt; dass sie bei einer sehr grossen Anzahl Nervenkranker fehlt, ging bereits aus der ersten Arbeit des Verf. hervor.

Der 3. Abschnitt der Arbeit Koenig's „Die Bedeutung der functionellen G.-F.-Anomalien und ihrr gegenseitigen Beziehungen" mag im Original nachgelesen werden, dasselbe gilt für einen Theil des 4. Abschnittes, speciell für die kritische Erörterung der Arbeit Salomonsohn's „Ueber die sogen. pathologische Netzhautermüdung. Berliner Klinik 1894, Heft 70", und für die im Nachtrag besprochene Arbeit Simon's „Ueber die Entstehung der sogen. Ermüdungseinschränkungen des Gesichtsfeldes", v. Graefe's Archiv für Ophthalmologie, Bd. XV, Abth. 4.

Dagegen will ich nicht versäumen, eine Zusammenstellung derjenigen Punkte zu bringen, worin sich Peters in Uebereinstimmung und im Widerspruch mit den von Koenig und Wilbrand verfochtenen Ansichten befindet. Uebereinstimmung besteht darin:

a) dass der Verschiebungstypus (V.-T. ist im Sinne von U.-E. Koenig's gebraucht) sowohl bei anfänglich normal grossem, als bei concentrisch eingeschränktem G.-F. auftritt.
b) dass der V.-T. im Anfang am grössten und auf der temporalen Seite stärker vorhanden ist.
c) dass öfters die Erscheinung nur auf der temporalen Seite auftritt;
d) dass der V.-T. oft nach der ersten Tour aufhört und die erste Tour für das Vorhandensein des V.-T. oft entscheidend ist:
e) dass der V.-T. auf einem Auge temporal und nasal auftreten kann, auf dem anderen Auge auf der nasalen Seite fehlen kann;
f) dass die Erscheinung überhaupt nur auf einem Auge auftreten kann, sei es temporal und nasal oder nur temporal;
g) dass zum Aufsuchen des V.-T. der Wilbrand'schen Methode der Vorzug zu geben ist;
h) dass die Fehlerquellen 2—3° betragen;
i) dass G.-F., welche bei zweimaliger Untersuchung die Grenzen von 90—60° zeigen, im Allgemeinen als normal anzusehen sind;
k) dass auch eine geringe C. E, wenn sie sich als constant erweist, als pathologisch bezeichnet werden muss;
l) dass bei einer grossen Anzahl von Personen bei centripetaler Objectführung zuerst zu enge Grenzen angegeben werden und erst bei fortgesetzter Prüfung sich die normale Ausdehnung des Gesichtsfeldes herausstellt;
m) dass dem V.-T. bis jetzt zu wenig Beachtung geschenkt worden ist;
n) dass der V.-T. nicht zu simuliren ist; weiterhin, dass er kein ständiges Symptom der Neurosen ist;
o) dass es Fälle giebt, bei welchen zuerst U.-E. eintritt, die bei weiterer Untersuchung wieder verschwindet.

Die Differenzen zwischen Peters und Koenig-Wilbrand-Sänger sind:

Peters sieht in dem V.-T. allerdings die Folge einer mangelhaften Innervation, glaubt aber dieses Phänomen nicht als den Ausdruck einer allgemeinen functionellen Störung des Nervensystems ansehen zu dürfen,

sondern ist der Ansicht, dass es ebenso oft bei Leuten mit normalem Nervensystem zu beobachten sei; weiterhin ist Peters der Ansicht, dass der V.-T. nicht als Ausdruck der Ermüdung des Sehorgans anzusehen ist.

Zum Schlusse seiner Abhandlung fasst K. seine Erfahrungen in folgenden Schlüssen zusammen:

1. Die C. G.-F.-E. ist ein den übrigen Sensibilitätsstörungen der Hysterischen gleichzustellendes Stigma und ist zunächst in gleicher Weise central, d. h. psychisch bedingt, wie diese.
2. Auch einer geringfügigen C. E. kommt, wenn sie constant ist und nicht durch Myopie oder andere optische Hindernisse bedingt ist, eine ebenso grosse Bedeutung zu, als einer hochgradigen.
3. Die C. E. kann das einzige zur Zeit nachweisbare hysterische Stigma sein.
4. Die U.-E. ist eine der C. G.-F.-E. nahe verwandte Erscheinung und es spricht manches dafür, dass wir in derselben eine leichtere Form derjenigen Affection zu erblicken haben, die, wenn sie intensiver wird, zur C. E. führt.
5. Es würde also auch die U.-E. als ein nervöses Symptom zu betrachten sein.
6. Die U.-E. kommt bei Leuten mit vollständig intactem Nervensystem in ausgesprochenem Maasse nicht vor. In geringem Grade ist sie allerdings zu beobachten; es beruht dies theils auf den durch die Untersuchung an sich entstehenden Fehlern, theils ist sie bedingt durch Aufmerksamkeitsstörungen seitens der Untersuchten. In einzelnen Fällen ist eventuell auch der Umstand in Erwägung zu ziehen. dass, wie so oft, so auch hier, die Uebergänge zwischen Gesundheit und Krankheit fliessende sein könnten, und dass auch bei gesunden Menschen eine ganz leichte und inconstante U.-E. nicht undenkbar ist.
7. Man darf daher bei einem sonst für weiss und Farben normal grossen G.-F. einer gefundenen U.-E. nur dann diagnostischen Werth beilegen, wenn diese U.-E. temporalwärts mindestens 5—10^0 beträgt und sich bei öfter wiederholter Untersuchung als constant erweist.
8. Bei bereits concentrisch eingeengtem G.-F. ist die Beobachtung dieser Regel deswegen nicht so wichtig, weil durch die C. E. bereits das Abnorme des G.-F. constatirt ist.
9. Da eine U.-E. vorkommen kann sowohl bei rein functionellen Nervenkrankheiten, wie bei G.-F.-Defecten, welche durch organische Erkrankungen bedingt sind, und die Nichtbeachtung dieser Complication naturgemäss zu sehr falschen Resultaten führen kann, so muss es als eine unabweisbare Forderung angesehen werden, jedes G.-F. zuerst auf U-E. zu untersuchen.
10. Ein G.-F., welches bei Anwendung der Wilbrand'schen Methode anfangs eingeschränkt sich zeigt und dann normal wird, oder sich anfangs einengt und dann wieder normal gross wird, ist nicht als pathologisch zu betrachten. Es beruht diese Erscheinung zum Theil sicher auf Aufmerksamkeitsstörungen bezw. auf Untersuchungsfehlern.

Die Deutung der nicht hierdurch zu erklärenden Fälle muss weiteren Untersuchungen vorbehalten werden.

11. Eine bestimmte Erklärung für das Phänomen des oscillirenden G.-F., wie für das von mir (K.) gefundene Verhalten der Scotome der Untersuchung gegenüber lässt sich zur Zeit nicht geben. Dass das oscillirende G.-F. auf Grund derselben Ursache entstehen kann wie die C. G.-F.-E., beweist das Verhalten desselben beim Transfert.

12. U.-E. wie C.-E. sind — cum grano salis — natürlich - objective Symptome. Wir können aus ihnen zwar nicht diagnosticiren, dass Jemand an einer posttraumatischen Neurose leidet, aber wohl, dass ein allgemein nervöser Zustand vorliegt, der allerdings kein schwerer zu sein braucht, sondern ein leichter und unter Umständen in kurzer Zeit vorübergehender sein kann und bei welchem das Bestehen voller oder nahezu voller Arbeitsfähigkeit möglich ist. **Bach.**

---

3. Specielle Pathologie.

a) Gehirn.

462) **A. Pic:** Tumeur du lobe occipital avec hémianopsie.
(Recueil d'Ophth, p. 435, 1894)

Pic beschreibt einen Fall von gleichseitiger linksseitiger Hemianopsie, bei dem die Autopsie ein Gliom in der Gegend des Sulc. occipito-temporalis und des Cuneus der rechten Hemisphäre ergab. **Bach.**

---

463) **M. Vialet:** Considérations sur le centre visuel cortical à propos de deux nouveaux cas d'hémianopsie corticale suivis d'autopsie.
(Archi d'Ophth. XIII, p. 422 und Recueil d'Ophth., p. 321, 1894)

Vialet hatte Gelegenheit, 2 weitere Fälle von gleichseitiger Hemianopsie zu beobachten (Verf. hat früher bereits über 6 Fälle berichtet), welche zur Autopsie kamen und einen sehr ähnlichen Befund zeigten. In beiden Fällen war es der Hinterhauptslappen, dessen Rinde theilweise zerstört erschien. In dem einen Falle erstreckte sich ein Erweichungsherd von der Fissura calcarina nach unten bis zum Sulcus occipitalis inferior sive tertius, von der Gegend des Splenium corporis callosi bis zum Occipitalpol, wobei auch der unterste, der Fissura calcarina benachbarte Theil des Cuneus in das Zerstörungsgebiet mit einbezogen schien; im zweiten Falle nahm ein Erweichungsherd den ganzen Cuneus und auch noch den Gyrus lingualis in Anspruch, unten bis zum Sulcus occipito-temporalis reichend, vorn bis zur Fissura parieto-occipitalis und zur Stelle, wo die Zungenwindung in den Gyrus hippocampi einmündet. Somit liess sich aus den beiden Fällen eine neue Stütze für die Ansicht ableiten, die V. in früheren Arbeiten über die Ausdehnung des corticalen Sehfeldes aufgestellt hatte. Nicht die Rindenlage der Fissura calcarina allein ist, wie dies Henschen behauptet, das Rindencentrum des Gesichtssinnes, sondern die der ganzen medialen Fläche des Hinterhauptlappens, Cuneus, Gyrus lingualis und fusiformis; die anatomischen Veränderungen, die den Sehstörungen corticalen Ursprunges zu Grunde liegen, können sich innerhalb dieses Gebietes wo immer befinden.

Bach.

464) **Th. v Schröder:** Lähmung der associirten Bewegungen der Augen nach unten nebst Spasmus der Bewegungen nach oben. (Deutsche medicin. Gesellsch. zu St. Petersburg, Sitzung vom 11. Januar 1893.)

Schr.'s Patient wurde plötzlich von hohem Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Krämpfen, einer vollständigen Ophthalmoplegie und bedeutender Sehstörung befallen. Im Verlaufe von 4—5 Wochen verschwanden alle Symptome bis auf einen Mangel der associirten Augenbewegungen nach unten. Die Augen konnten nicht über die horizontale Blickebene nach unten bewegt werden. Bei dem Versuche, nach unten zu blicken, trat ein Spasmus der Elevatoren ein Schr. äussert sich nicht bezüglich des muthmasslichen Sitzes der Affection. Bach.

---

465) **Homer E. Smith** (Norwich, N. Y.): Peculiar perversion of the color perception.

(The Medic. Record, 9. März 1895.)

Ein 11jähriger Knabe wurde plötzlich in dem Sinne farbenblind, dass er anstatt der wirklichen Farbe stets die complementäre sah, statt roth grün und umgekehrt, statt blau gelb u. s. w. Daneben bot er bei mässiger Lichtscheu die Erscheinungen der Micropsie und der Metamorphopsie. Es bestand diffuse Neuro-retinitis auf beiden Augen, allgemeine Nervosität, Stirn-Hinterhauptsschmerz, Ameisenkriechen in den Armen, Rückenschmerz, uncoordinirte Bewegungen beim Gehen, Fehlen der Patellarreflexe, Verminderung der Tast- und Schmerzempfindung, namentlich der rechten Körperhälfte, Verminderung der groben Kraft des rechten Armes. Unter Behandlung mit Jodkali erfolgte innerhalb 4 Wochen Heilung.

Eine befriedigende Erkärung der eigenthümlichen, bisher anscheinend noch nie beobachteten Sehstörung ist vorläufig nicht zu geben. Voigt.

---

466) **Charles E. Nammack** (New-York): A case of brain tumor medically (Ein arzneilich behandelter Fall von Hirntumor.)

(The Medic. Record, 12. Mai 1894.)

Bei einem 35jährigen Manne, der seit 4 Monaten über anfallsweise auftretenden Kopfschmerz klagte, wurde doppelseitige Neuritis optica und geringe rechtsseitige Facialisparese gefunden. Da er im Uebrigen ausser geringer Stuhlverstopfung und einer gewissen Schwierigkeit, seine Gedanken zu concentriren und Fragen zu beantworten, keinerlei andere Krankheitserscheinungen darbot, so konnte wohl ein intracranieller Tumor, nicht aber seine Natur und sein Sitz diagnosticirt werden. Quecksilber und namentlich Jod in grossen Dosen schien zeitweise zu nützen, ja zuletzt erschien Patient, abgesehen von der Sehnerven-Erkrankung, gesund, als er plötzlich wieder heftigen Kopfschmerz und Schläfrigkeit bekam und 2 Tage darauf starb. Bei der Section fand sich ein Sarcom, welches das untere Drittel der linken dritten Stirnwindung einnahm, auf das untere Drittel der aufsteigenden Stirnwindung übergriff und sich abwärts bis zur Spitze des Operculum erstreckte. Von ihm ging einwärts durch die Hirnsubstanz bis in den rechten Seitenventrikel eine Cyste, deren zum Theil sehr dünne Wandungen von einem Spindelzellensarcom gebildet wurde. Voigt.

---

468) **Roth** (Lübeck): Ein operativ geheilter Fall von Gehirntumor. — Vortr. auf der Naturforschervers. zu Lübeck.)

(Berliner klinische Wochenschrift 1895, Nr. 41.)

Bei einem 60jährigen Mann, welcher das typische Bild der Jackson-schen Epilepsie bot (Beginn der Krämpfe im rechten Daumen und Zeigefinger) und nach einem Anfall eine rechtsseitige Lähmung bekam, ergab die am 23. October 1894 vorgenommene Operation eine erhebliche Verdickung des Knochens in der Gegend der linken Centralfurche mit zahlreichen Hyperostosen und Osteophyten und eine braunrothe der Dura ziemlich locker anhaftende Neubildung, die mit dem scharfen Löffel abgekratzt wurde, Ein Erfolg trat nicht ein, vielmehr verschlimmerte sich das Leiden Ende Januar 1894 erheblich (Vergesslichkeit, Schwerfälligkeit der Sprache, grosses Schwächegefühl). — Bei der erneuten Operation am 4. Februar zeigte sich nach Entfernung der narbigen Dura ein rothbraun gefärbter weicher Tumor, der in die Furche zwischen die Windungen hineingewachsen war und sich als ein Perithelion erwies. — Die zunächst eintretende rechtsseitige Lähmung und Paraphasie schwand allmählig und schliesslich trat völlige Besserung ein. Hoppe.

---

469) **Wladimir Muratow:** Zur Casuistik bei acuten Hirnkrankheiten des Kindesalters.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 18.)

Der erste Fall betrifft ein 10jähriges Mädchen, welches ein halbes Jahr vor seiner Aufnahme unter heftigen Schmerzen in der Stirn und den Schläfen erkrankt war und in der letzten Zeit wiederholtes Erbrechen und epileptoide Krämpfe mit Bewusstseinsverlust gezeigt hatte. Im Krankenhaus atypisches Fieber, fast tägliches Erbrechen mit heftigen Kopfschmerzen; Schädelpercussion schmerzhaft bei soprösem Zustande. Der Zustand verschlimmerte sich zusehends; zuletzt Strabismus divergens, reflectorische Pupillenstarre bei starker Erweiterung, mässige Starre und Schmerzhaftigkeit der Rückenmuskeln. 12 Tage nach der Aufnahme exitus letalis. — Die Diagnose solitärer Tuberkel des Kleinhirns mit Meningitis bestätigte sich nicht, sondern es fand sich ein apfelgrosser mit den Seitenventrikeln communicirender Hirnabscess am linken Stirnlappen, ein jauchiges Exsudat an der Hirnbasis, welches den linken Oculomotorius und Opticus comprimirt hatte.

2. Fall. Bei einem 7jährigen Knaben, welcher wegen tuberculöser Coxitis (April 1893) ins Krankenhaus aufgenommen wurde, traten, nachdem sich eine allgemeine Knochentuberculose mit cariöser Ohrenentzündung ausgebildet hatte, am 9. Juli clonische Krämpfe im Gesicht und den Extremitäten und am 20. Juli eine rechtsseitige Lähmung ein. Die Krämpfe begannen im oberen Facialisgebiet und breiteten sich von da bis in die Fingergelenke aus. Rechte Pupille erweitert. Beständiges lautes Geschrei bei benommenem Sensorium, Sensibilität rechts in Gesicht und Extremitäten herabgesetzt. Am 24. August exitus letalis. — Die Section ergab einen solitären Tuberkel oberhalb der Fossa Sylvii unter dem unteren Ende der Centralwindungen.

3. Fall. 8jähriger Knabe erkrankte 3 Wochen vor seiner Aufnahme ins Krankenhaus mit Fieber, Verworrenheit und grosser Schwäche. Nach

8tägiger Intermission grosser Kopfschmerz, Erbrechen, grosse Unruhe. Bei der Aufnahme am 27. November 1894 acute Verwirrtheit mit Andeutungen von Paraphasie und Amauroce. Träge Reaction der erweiterten Pupillen. Nach einigen Tagen zeigte sich eine ausgeprägte Anästhesie der rechten Körperhälfte, Lähmung des rechten oberen Facialis und Nackenstarre. — Die Diagnose wurde auf Meningitis baealis acuta gestellt, während bei der Obduction ein kaum merkliches frisches Exsudat im Gebiet des Oculomotorius und Facialis und ein älterer solitärer Tuberkel im Chiasma nerv. opticum gefunden wurde. Hoppe.

---

470) **Johann Bacon:** A case of cerebellar abscess as a result of chronic suppurative otitis media. Operation, death, autopsy.

(The American Journ. of the Med. science, August 1895.)

Patient, 31 Jahre — seit 23. November 1894 wegen cessirten Ausflusses des an 4jähriger otitis media mit Otorrhoe leidenden rechten Ohrs mit Curettement und Adstringentien behandelt — wird 11. December in „the Infirmary" aufgenommen, weil er 6 Tage an Nausea, Vomitus und Vertigo gelitten hat. Den 14. Dec. wird mit Meissel durch den proc. mast. Oeffnung gemacht und freie Drainage etablirt. Besserung. 22. Dec. starker Vomitus, Cephalalgie, Epistaxis, Facialparalyse, partieller Nystagmus, Vertigo, beginnende Stasenpapille. 25. Dec. Operation mit wiederholter Trepanation und Einführung einer feinen Explorationscanüle in verschiedenen Richtungen. Negatives Resultat. Trotzdem einige Tage Besserung, dann wieder starkes Kopfweh und Vomitus. Dabei Cheyne Stoke's Respiration, Delirium oder Somnolenz. 15. Jan. mors. Sectionsresultat: Abscess in der rechten Hälfte des Cerebellums mit eitrigem, sehr dickflüssigen Inhalt. Keine Meningitis. Keine Reaction nach den Explorationspunctionen. Der Abscess lag zu tief, um durch ausgiebige Incision geöffnet und drainirt zu werden, und der Inhalt war zu dickflüssig für die Canüle. Verf. beschreibt ausführlich die Symptome der Cerebellartumoren und ihren diagnostischen Werth.

Henrik Dedichen.

---

b) Peripherische Nerven und Muskeln.

471) **Vulpius:** Zur Kenntniss der Scoliosis neuropathica.

(Deutsch. med. Wochenschrift 1895, Nr. 36.)

Verf. beschreibt sechs Fälle von Ischias scoliotica, von denen 5 die heterologe Form der Scoliose (Convexität nach der Seite der Ischias) und einer die homologe Form (Convexität nach der gesunden Seite) zeigte. Unter den erstgenannten Fällen befand sich einer, welcher im späteren Verlauf eine Umwandlung in eine homologe Scoliose durchmachte.

Bei der Besprechung der zur Erklärung der ischiadischen Scoliose aufgestellten Theorien verwirft Verf zunächst diejenigen, welche als Ursache der gewöhnlichen (heterologen) Scoliose das Bestreben der Kranken ansehen, das kranke Bein möglichst zu entlasten. Er führt dagegen mit Recht an, dass, wenn diese Annahme richtig wäre, die Kranken mit Ueberwindung der Schmerzen die Scoliose willkürlich ausgleichen können müssten, was ihnen aber thatsächlich nicht möglich ist. Ferner weist er nach, dass

die von den Kranken angenommene Haltung gar nicht die für die Entlast..ng günstigste ist.

Auch die Auffassung, welche von dem Referenten vertreten worden ist, dass nämlich die Scoliose einer einseitigen Parese des m. sacrolumbalis ihre Entstehung verdankt, will Verf. nicht gelten lassen, obgleich doch der in einem seiner Fälle constatirte Befund einer Atrophie dieses Muskels sehr dafür spricht.

Referent hatte in seiner vor 2 Jahren erschienenen Arbeit seine Anschauung durch den Nachweis einer erheblichen Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit des m. sacrolumbalis der einen Seite in 2 Fällen erhärtet, ein Befund, welcher doch gewiss in unzweideutiger Weise für das Bestehen einer Muskelparese in diesen Fällen spricht.

Verf. hat eine electrische Untersuchung seiner Fälle leider nicht vorgenommen und führt gegen die Annahme einer Muskelparese nur den Umstand an, dass die Neigungsintensität des Rumpfes häufig parallel mit der Schmerzintensität wechsle und dass bisweilen eine Umwandlung d r heterologen Scoliose in die homologe vorkäme.

Diese Gründe können gewiss dem positiven von dem Referenten geführten Nachweis einer Erregbarkeitsveränderung gegenüber nicht sehr ins Gewicht fallen. Denn es ist wohl verständlich, dass der Patient, wenn er relativ schmerzfrei ist, den geschwächten aber nicht ganz gelähmten Muskel zu stärkerer Thätigkeit anzuspannen vermag. Die (sehr selten vorkommende) Umwandlung in eine homologe Scoliose kann sich wohl durch Uebergehen der Erkrankung auf die andere Seite oder durch Zuhilfenahme anderer Muskeln erklären, ein Erklärungsversuch, den Ref. schon dem Remak'schen Falle von „Alternirender Scoliose“ gegenüber gemacht hat.

Der Verf. gelangt nun nach seiner, wie es dem Ref. scheint, nicht genügenden beweiskräftigen Zurückweisung der bestehenden Theorien zu folgender Anschauung:

Die abnorme Rumpfhaltung wird durch einen reflectorischen Muskelspasmus hervorgebracht, welcher ähnlich wie die Contracturen bei Coxitis schmerzhafte Bewegungen verhütet. Dieser Spasmus, welcher immer nur dann zu Stande kommt, wenn die Lumbalnerven in den neuralgischen Process mit einbezogen sind, hat in den meisten Fällen seinen Sitz in dem Sacrolumbalis den gesunden Seite (heterologe Sc.) und nur selten in dem der kranken Seite (homologe Sc.)

Zum Schluss empfiehlt der Verf. die Bezeichnung „Ischias scoliotica“ durch „Scoliosis neuropathica“ zu ersetzen, ein Vorschlag, dem man gewiss zustimmen kánn. Mann (Breslau).

---

472) **Torrance, Rugh** und **Charles Mills**: Progressive muscular atrophy, mort marked in the rhomboid and shoulder muscles, but also involving the muscles of the tongue and face, and the external ocular muscles.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Nr. 6.)

Die Ueberschrift besagt zur Genüge, um was es sich in dem vorliegenden Falle handelt. Derselbe erscheint in doppelter Hinsicht interessant; einmal wegen seines ungewöhnlichen Einsetzens in den Rhomboid- und Schulter- (Supra- und Infraspinatus. Deltoideus) Muskeln, zum andern

wegen der langen Zwischenzeit zwischen den allerersten Anzeichen der Krankheit, nämlich den Schmerzen, und dem Beginne der Atrophie (5 Jahre).

2 Abbildungen illustriren die characteristischen Erscheinungen.

Buschan.

---

473) **E. Remak** (Berlin): Ein Fall von einseitigem angeborenem Defect des Platysma myoides.

(Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 7.)

Neben dem linksseitigen Defect des Platysma besteht bei dem 18jährigen Menschen, dessen Vater geisteskrank ist, ein ebensolcher linksseitiger Defect des Quadratus und Triangularis' ment., so dass die anatomische Zusammengehörigkeit dieser Muskeln mit dem Platysma erwiesen ist. Da gleichzeitig eine leichte beiderseitige Ptosis und Blickbeschränkung nach aufwärts besteht, so meint R. die Muskeldefecte als Folge eines congenitalen infantilen Kernschwundes deuten zu können. Jedenfalls zeigt dieser Fall die Selbstständigkeit des Platysma (und seiner Fortsetzung, der Kinnmuskeln) bezüglich seiner Innervation gegenüber der übrigen Facialisverbreitung, so dass an eine gesonderte nucleare Localisation gedacht werden muss.

Hoppe.

---

475) **L. Bouveret** (Lyon): Deux cas de myopathie atrophique progressive; atrophie linguale myopathique.

(Lyon méd. 1895, Nr. 39, Sept. 25.)

2 Fälle in einer Familie, bei Mutter und Sohn.

1. Die 42jährige Mutter stammt aus belasteter Familie — Vater hochgradiger Alcoholiker, Mutter starb unter schweren Hirnerscheinungen —; konnte schon als Kind nicht ganz die Augen schliessen. Vor 15 Jahren stellte sich im Anschluss an eine Niederkunft Schwäche der Beine ein; vor 9 Jahren nasale Aussprache und Schluckbeschwerden, die heute nicht mehr bestehen; vor 4 Jahren Zunahme der Schwäche der Unterextremitäten, vor 1 Jahr endlich nach Influenza diese Zunahme in noch höherem Grade.

Status: Die Muskulatur des ganzen Körpers befindet sich im amyotrophischen Zustande; nur die kleinen Handmuskeln sind ganz, die Adductoren und Abductoren des Oberschenkels ziemlich intact. Dagegen die Muskulatur der Lippen, Augenlider, des Halses — Kopfnicker vollständig fehlend —, des Schultergürtels, des Rumpfes (besonders m. serrat. magens und latirs. dorsi), des Bauches und der Rückenrinne, des Oberarmes und der Unterextremitäten — diese in höherem Grade als die der oberen — sind alle mehr oder weniger von der Atrophie und Schwäche ergriffen. Gehen ist noch möglich, doch nur sehr langsam und auf nicht weite Strecken. Die atrophischen Muskeln zeigen keine Krämpfe oder fibrilläre Zuckungen. Die Untersuchung einiger Muskeln mittelst des galvanischen Stromes hat keine Entartungsreaction constatirt. Sphincteren normal functionirend. Auf dem ganzen Körper keine Sensibilitätsstörung. — Kropf und Ovarialcyste als Degenerationszeichen.

Von den 7 Kindern sind 3 am Leben; der erste und dritte Sohn gesund, der zweite leidet gleichfalls an progressiver atrophischer Myopathie.

2. Dieser zeigte schon seit Kindheit ausdrucksloses Gesicht. Geistig entwickelte er sich nur unvollkommen: körperlich zu schwach, um ein Handwerk zu erlernen.

Status des 22jährigen: Körperlänge nur $1^1|_2$ m. Die Muskelatrophie zeigt den facio-scapulo-humeralen Typus. Die kleinen Handmuskeln hier gleichfalls intact. Die Muskulatur der Unterextremitäten ist normal entwickelt und functionirt gut; die Rumpfmuskulatur ist nur wenig ergriffen oder ganz intact. In den atrophischen Muskeln ist die Contractilität gegen den faradischen Strom mehr oder weniger herabgesetzt, indessen keine Entartungsreaction. Sensibilität vollkommen intact; keine Störung der Sphincteren. Patellarreflexe normal, Tricepsreflexe vorhanden, aber abgeschwächt. — Vater des Kranken sowohl, als auch die Ascendenz, vollkommen gesund.

Der 1. Fall lässt sich unter keine der bekannten Typen der atrophischen Amyotrophie unterordnen; er ist eine Combination derselben, nämlich des type Leyden-Möbius (Unterextremitäten), Erb (Schulter und Arm) und Landouzy-Déjerine (Gesicht, und zwar seit der Kindheit). Der 2. Fall gehört zur letzten Categorie. Buschan.

---

476) **Aug. A. Eshner** (Philadelphia): A case of pseudomuscular hypertrophy.

(Journ. of nerv. and ment. dis. 1895, Mai, Nr. 5.)

Fall von Pseudomuskelhypertrophie bei einem $10^1/_2$jährigen Knaben, der nichts besonderes darbietet. Zwei photographische Abbildungen sind dem Aufsatze beigegeben. Buschan.

C. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie.

477) **S. Freud** (Wien): Theorie der Hysterie. Vortrag im Wiener medic. Doctoren-Colleg.)

(Nach einem Bericht in der Münch. med. Wochenschr. 1895, 46.)

F. unterscheidet 1. Hysterie, 2. Neurasthenie im engeren Sinne, 3. Zwangsneurose, 4. Angstneurose. Die Abgrenzung der beiden letzteren von der Neurasthenie im Allgemeinen wird in ätiologischer Beziehung so begründet, dass der echten N. bei Männern und Frauen Masturbation resp. — bei hereditärer Belastung — reichliche Pollutionen zu Grunde liegen, während die Angstneurose in sexueller Abstinenz und sexueller Nicht-Befriedigung, bei Frauen im Coitus interruptus wurzelt. Bei der echten N. besteht mithin als Ursache die überreiche Entladung, bei der Zwangsneurose eine Aufspeicherung des Sexualstoffes, und zwar nach F. = $80^0|_0$ aller Fälle. Andere Momente mögen die genannte Neurose vorbereiten und ihren Verlauf modificiren, die sexuellen Schädigungen sind und bleiben die specifischen Krankheitserreger derselben.

Die Grundlage einer jeden H. bildet eine „Verdrängung". Schon im Normalen werden gewisse Vorstellungen gerne verdrängt, weil sich peinliche Erinnerung, Unlustgefühle daran knüpfen. Es wird auch bei der Hysterie etwas verdrängt, woran sich die Kranke nicht erinnern will, weil es ihr negative

Gefühlstöne verursacht. Beispiel: Eine Hysterica muss bei einem bestimmten Geruch (Tabak) immer weinen. Hier ist ein Mittelglied, unter welchen Umständen die Geruchswahrnehmung zum ersten Male Halt fand und die so geartet war, dass die Kranke ein Recht zum Weinen hatte, aus dem Gedächtniss verdrängt. Sagen wir, man rauchte, als sich die Eltern heftig stritten, als sich ihre Hoffnungen auf eine Heirath zerschlugen. Ein sexuelles Moment bildet hier wieder zumeist das verdrängte Element. Gelingt es hier, die verdrängte Vorstellung wieder heraufzubeschwören und ihren Zusammenhang mit dem Wahrnehmungsrest wieder herzustellen, so ist die Hysterica meist schon geheilt. Wie soll man da vorgehen? Zur Erklärung zieht F. die Entstehung der Zwangsvorstellung heran. Irgend eine Erinnerung führt zum Schuldbewusstsein. Dieses wird mit der Zeit übermächtig, sozusagen hyperästhetisch. Die peinliche Erinnerung wird allmählich verdrängt, an deren Stelle bildet sich ein Surrogat, das mit dem überstarken Schuldbewusstsein in Verbindung tritt. Das ist der Grund der zwangshaften Selbstanklagen wegen nichtiger Umstände. In derselben Weise entstehe der hysterische Zwang durch Verdrängung der Erinnerung an die erste und eigentliche Ursache, schliesslich weiss die Kranke diese Vorstellung nicht mehr, oder richtiger, sie behauptet, sie nicht mehr zu wissen. In Wirklichkeit aber weiss sie sie dennoch. Breuer brachte seine Kranke durch Hypnose zum Bekennen, F. übt einen Druck auf die Stirn und wirkt nun durch Verbalsuggestion ein, sie müsse es wissen Bekennen nennt F. das „psychische Redeexperiment“. F. behauptet, dass aber „Verdrängung“ im Alter der Pubertät vorkomme, dass sie später fast ausgeschlossen seien Daher habe er bei Hysterischen thatsächlich nur wenig Verdrängungen und es gelänge, freilich bei Aufwand von grösster Mühe, viel Geduld und Zeit, eine jede solche Kranke zu heilen. In der Discussion führte Breuer aus, dass die F.'sche Theorie, die er schon seit Jahren kenne, mit den Thatsachen harmonire, dass dessen Methode reine, überaus wichtige Thatsachen fasse, indem man bisher der sexualen Sphäre der heranwachsenden weiblichen Jugend keine genügende Aufmerksamkeit geschenkt habe. Man dürfe nicht glauben, dass jedes einzelne hysterische Symptom einen sexualen Hintergrund habe, die ursprüngliche Wurzel der Hysterie sei aber sexual. F.'s Theorie sei schliesslich nur ein Nothbau, in dem wichtige Thatsachen untergebracht würden. Welche „Thatsachen“ das sind, darüber haben aber sowohl F. wie B. nichts eröffnet. Erlenmeyer.

---

478) **Stscherbak** und **Jwanow:** Ein Fall von tactiler Polyästhesie und Macroästhesie.

(Wratsch, August 1895.)

Die Verfasser fanden bei einem Manne, der zugleich an Hysterie und iperipherer Polyneuritis litt, Störungen der von dem rechten Nervus medianus cnnervirten Partien an Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger, die der monoularen Polyopsie und Macropsie der Hysteriker analog sind und desshalb wohl als tactile Polyästhesie und Macroästhesie bezeichnet werden können. Wenn nämlich der Patient mit den drei radialen Fingern der rechten Hand irgend einen Gegenstand anfasste oder nur berührte, so erschien ihm der Gegenstand vergrössert und vervielfacht, manchen Tag glaubte er zwei

einen andern Tag drei, vier, ja sogar fünf Gegenstände zu fühlen. An Tagen, wo die Empfindung bei ihm verfünffacht war, glaubte er z. B., wenn man ihm „bei geschlossenen Augen" ein Streichholz in die Hände gab, fünf ziemlich starke Trommelschlägel zu halten; zwei Streichhölzer erschienen ihm wie zehn Trommelschlägel u. s w., bei fünf Streichhölzern erklärte Patient sich ausser Stande, die „Trommelschlägel", die er zu halten glaubte, zu zählen. Sobald man dann den Gegenstand zwischen Daumen und kleinen Finger brachte, bemerkte Patient sofort seinen Irrthum. An Tagen, wo die Polyästhesie sich auf eine Verdoppelung der tactilen Eindrücke beschränkte, glaubte der Patient, wenn er zwei kleine Brodkugeln mit gekreuztem Zeige- und Mittelfinger berührte, ganz deutlich vier Kugeln zu fühlen.

Die Polyästhesie und Macroästhesie war begleitet von einer Herabsetzung der Hautsensibilität und des Muskelsinnes. Schmerzen und trophische Störungen auf dem Gebiet des Nervus medianus gingen der Erscheinung voraus.

Es ist wohl verständlich, warum Ref. diese Mittheilung unter die allgemeine Psychopathologie rubricirt. Kurella.

---

479) **G. Jelgersma** (Arnheim): Psychische Ausfallserscheinungen bei chronischen organischen Hirnleiden. (De psychische wegval-symptomen bij chronische organische aandœningen der hersenen.)
(Psychiatr. Bladen, XII, p. 69–90.)

J. zeigt, dass die klinische Beobachtung psychische Ausfälle bei Herderkrankungen nur dann mit Erfolg beschreiben kann, wenn es sich bei diesen Erkrankungen „um Vorgänge handelt, die möglichst wenig progressiv sind und von denen aus sich möglichst wenig Irritamente über das Gehirn verbreiten", so dass das übrige Gehirn sich allmählich an die pathologischen Bedingungen anpassen und sein Functionsmaximum prästiren kann. Unter den angeführten Fällen ist der zweite einer von Hemiplegia spastica infantilis mit Epilepsie; „der Defect bei diesem Kranken betrifft seine moralischen Eigenschaften plus unregelmässigen Anfällen maniacalischen Irreseins"; der dritte betrifft einen imbecillen Epileptiker, bei dem Faulheit und Stehlsucht die hervorstechendsten Züge waren; die Section ergab zwischen beiden Grossbirnhälften 70 gr Gewichtsdifferenz und eine gekreuzte Kleinhirn-Atrophie. Vierter Fall: Hemiplegia spastica infantilis, epileptoide Anfälle. Reizbarer Character, Querulant und Müssiggänger. Fünfter Fall: Hemiplegia spastica infantilis, einzelne epileptische Anfälle, rechtsseitige Hemianopsie. Imbeciller Vagabund mit perverser Sexualität. Sechster Fall: Hier ergab die Section eine alte apoplectische Narbe im rechten Cuneus; intra vitam war der Kranke höchst reizbar und boshaft gewesen, dabei kamen Steigerungen dieser Züge in Anfallsform periodisch vor.

Mit diesen Fällen bringt nun J. die Imbecillen (und in gewissem Sinne auch die Idioten) in Analogie; die Imbecillen characterisiren sich durch organische Veränderungen des Gehirns, seien dieselben eigentlich pathologisch (wie Meningitis, Hydrocephalus internus etc.) oder mehr bedingt durch Zurückbleiben in der Entwicklung, wobei dann atavistische Züge (frontale Microcephalie, Affenspalte, Prognathie) stark hervortreten. Eine sehr gewöhnliche Abweichung des Gehirns Imbeciller ist, von allgemein

geringem Hirngewicht abgesehen, eine asymmetrische Entwicklung seiner beiden Hälften, mit Gewichtsdifferenzen bis 50 Gramm".

Ich kann auf Grund eigener Erfahrungen J. nur beipflichten, zumal in dem Grenzgebiet zwischen Imbecillität und degenerativer Psychose habe ich eine beträchtliche, auf eine nachweisbare kindliche Polioencephalitis zurückweisende, Asymmetrie des Schädels und Gehirns sehr häufig gefunden.

In interessanten Ausführungen, die eine Condensation kaum gestatten, characterisirt J. die Tendenz der Imbecillen zur Wahnbildung, ihre eigenthümlichen moralischen Defecte, ihr sexuelles Leben, und sucht diese Erscheinungen auf Grund der angeführten Fälle als psychische Ausfallserscheinungen darzustellen, bedingt dadurch, dass ein Theil des Grosshirns fehlte, ohne dass die anatomische Läsion das übrige Gehirn reizte.

Es folgt eine interessante Parallele der bis dahin geschilderten „psychischen Ausfallserscheinungen" mit den Hauptzügen der degenerativen Psychosen, wobei er von letzteren sagt: „Sie sind die Erscheinungen eines Gehirns, welches entweder lange Zeit schädlichen Einflüssen oder kurze Zeit hindurch sehr intensiv wirkenden schädlichen Ursachen ausgesetzt gewesen ist; dabei hat sich ein Ruhezustand des Gehirns entwickelt, d. h. es fehlen Reizerscheinungen, die organischen Veränderungen im Gehirn sind stationär. Die Einwirkung während sehr langer Zeit findet man bei den erblichen Psychosen, wo bereits die vorausgehenden Generationen die wirkende Ursache zu fühlen bekommen haben . . . Sehr intensiv ist der schädlich wirkende Einfluss gewesen in allen Fällen, wo der degenerative Zustand die Folge einer acuten Hirnkrankheit (infantile Encephalitis, Trauma capitis u. s. w.) gewesen ist. — Zwischen diesen extremen Gruppen stehen die chronischen Intoxicationen (Alcohol, Morphium u s. w.)". Von Interesse ist in den weiteren Ausführungen besonders die Bemerkung, dass die auffallendste Eigenschaft der degenerativen Psychosen „der Mangel der Adäquatheit zwischen äusseren Ursachen und der darauf folgenden Reaction ist", leichte Reize lösen unverhältnissmässig starke Folge-Erscheinungen aus.

J. schliesst mit der These, „dass jede zur Ruhe gekommene, organische chronische Läsion des Grosshirns die Erscheinungen der Degenerations-Psychosen giebt". Es ist ihm sicher wohlgelungen, weitgehende Analogien zwischen beiden Erscheinungsreihen nachzuweisen. Analogien geben aber, so oft sie auch Zeichen von Identität sind, noch kein Recht, mit apodictischer Sicherheit auf Identität zu schliessen.

Ich möchte desshalb den Rath wiederholen, zur Vermeidung von Verwirrung Degeneration nur dann anzunehmen, wo die Ursache der Erscheinungen mit oder in dem Zeugungsacte gegeben ist. Kurella.

---

480) **P. R. Siegmund**-Altscherbitz: Beitrag zur Lehre der Urinveränderungen bei Geisteskrankheiten, insbesondere bei der progressiven Paralyse. (Allg. Zeitschr., Bd. 51, H. 3.)

Verf. untersuchte innerhalb 6 Monaten den Urin von 315 Geisteskranken. Diabetes mellitus abgerechnet, ergaben unter 976 Nylanderproben 61 ein positives Resultat = 6,25 %. Unter 315 Irren wurde bei 26 transitorische Glycosurie gefunden = 8,25 %, Diabetes bei 3 = 0,95 %. Unter 93 Paralytikern 22 (= 23,65 %) mit transit. Glycosurie, unter

222 Nicht-Paralytikern nur 4 (= 1,80 %). Verf. bemerkt hier: „Die Procentziffer der transitorischen Glycosurie bei Dem. paral. steigt aber sogar auf 52,38 %, wenn wir die 42 Fälle herausnehmen, in denen der Urin wenigstens 8 mal an verschiedenen Tagen auf Zucker untersucht wurde, sobald sich Glycosurie nicht schon bei den ersten Untersuchungen nachweisen liess." Transit. Glycosurie fand sich ferner bei 27 männlichen Epileptikern 2 mal (= 7,40 %), bei 53 Fällen secundäre Demenz 2 mal (= 3,77 %), einer dieser Fälle erwies sich nachträglich als Paralyse.

Verf. schildert noch einen Fall von Diabetes bei Paralyse und einen von transitorischer Glycosurie bei Paralyse und kommt zu folgenden Schlüssen: Glycosurie kommt unverkennbar viel häufiger bei Dementia paralytica als bei anderen Geistesstörungen vor, gehört möglicher Weise zu den ständigen Symptomen der Paralyse und verstärkt vorkommenden Falles den Verdacht auf solche. Sie kommt auch in einzelnen seltenen Fällen bei Epilepsie vor, besonders nach gehäuften Anfällen; bei anderen Geisteskrankheiten nur ganz ausnahmsweise.

Im Uebrigen enthält die Arbeit einen sehr fleissigen Auszug aus der einschlägigen Litteratur, besonders betreffend die Befunde von Eiweiss, Pepton, Propepton und Zucker im Urin von Geisteskranken. Die geringe Uebereinstimmung unter den verschiedenen Autoren in dieser Frage tritt darin aufs Deutlichste hervor. Wolff.

---

481) **A. Lui** (Brescia): Die Harnstoff- und Phosphorsäure-Ausscheidung in Erregungs- und Depressionszuständen Geisteskranker. (I. Theil von: Del Ricambio materiale negli alienati.)
(Rivista sperimentale di freniatria 1895, Vol. XXI, p. 39—55.)

In dieser ersten Mittheilung einer von L. angekündigten längeren Untersuchungsreihe über den Stoffwechsel Geisteskranker sind zuerst 6 Fälle von schweren Tobsuchten beschrieben, darunter 3 periodische Manieen, 2 epileptische Erregungszustände, eine frisch erkrankte Maniakalische. Es werden nur für diejenigen Tage Zahlenangaben gemacht, an denen die ganze Tagesmenge des Urins gesammelt werden konnte. In allen Fällen ergab sich eine Verminderung der Harnstoff- und P_2O_5 Ausscheidung während der Dauer der Erregung, resp. der dabei möglichen Untersuchung, ebenso eine Verkleinerung des Verhältnisses P/U.

So giebt z. B. Fall IV (periodisch erregte Epileptische) u. a. folgende Zahlen:

		Urinmenge	Harnstoff	P_2O_5	P/U
Heftige Erregung	3. August	350	17,0	0,50	0,03
	5. „	1700	19,2	0,96	0,05
	6. „	1350	22,6	1,17	0,05
Zunehmende Beruhigung	16. „	1200	29,8	2,15	0,075
	17. „	1250	29,0	2,89	0,1
	18. „	1400	28,0	2,78	0,1

Bei 4 Fällen von Depression — 3 Angstmelancholieen, einer einfachen Melancholie — war das Ergebniss dasselbe, wie bei den Erregungszuständen, und im Verlauf dieser Melancholieen wohl noch deutlicher, als bei den Erregungszuständen ausgesprochen. Zu bemerken wäre dabei allerdings,

dass auch in den meisten der von L. untersuchten Fällen von Erregung ein sehr starker Unlustaffect vorherrschte, so dass diese Fälle nicht in demselben Sinne den Depressionszuständen diametral gegenübergestellt werden können, wie etwa reine Manien einfachen Melancholien oder wie die beiden Stimmungslagen einer cyklischen Psychose einander.

Desshalb muss die These L.'s: „Sowohl in Excitations- wie in Depressionsformen existirt also eine gleiche Störung in den Ernährungsfunctionen" einer Prüfung an reineren Fällen unterworfen werden; die Berechtigung der Fragestellung, ob bestimmte Urinbestandtheile sich in Erregungszuständen quantitativ anders verhalten als in Depressionszuständen, bedarf einer vorhergehenden Prüfung; das zeigt auch die von L. sorgfältig zusammengestellte Litteratur der Frage; warum Harnsäure-Bestimmungen von L. gar nicht gemacht sind, ist nicht ohne weiteres ersichtlich.

Kurella.

---

482) **U. Stefani** (Padua): Die Phosphorsäure-Ausscheidung durch den Urin in der depressiven Phase einer cyklischen Psychose (Sull'eliminazioni dell' acido fosforico per l'orina etc.)

(Rivista sperimentale di freniatria 1895, Vol. XXI, p. 319—325.)

Bestimmung von Harnstoff- und Phosphorsäure-Ausscheidung während 4 Tagen der postmaniakalischen, während der 7 Tage der melancholischen und darauffolgenden 6 Tagen der remittirenden Phase einer cyklischen Psychose bei einem 49jährigen Manne. Die Tabelle wird weiteren Commentar ersparen:

			24stündige Urinmenge	Harnstoff	Phosphorsäure	Verhältn. d. Phosphorsäure z. Harnst. in %
	Postman. Intervall	24. Juli	3060	34,65	1,77	5,1
		25. „	2380	32,43	1,74	5,3
		26. „	2250	34,44	1,79	5,2
		27. „	1860	32,00	1,73	5,4
Depressive Phase	Initial-Stad.	1. August	3190	24,47	1,22	4,9
		2. „	2620	30,09	1,21	4,0
		3. „	1800	26,63	0,9	3,4
	Akme	4. „	1560	32,00	1,10	3,4
		5. „	990	24,61	1,20	4,8
		6. „	1060	32,24	1,58	4,9
		7. „	1250	31,85	1,59	4,9
	Remission	8. „	1875	28,90	1,41	4,8
		9. „	2620	37,33	1,81	4,8
		10. „	2180	28,22	1,58	5,6
		11. „	2450	29.20	1,72	5,8
		12. „	2950	30,31	1,67	5,5

Die depressive Phase verlief bei dem Kranken, wie immer, ohne Agitation, Angst und ohne jeden activen Affectausdruck, anscheinend als blosse Hemmung.

Es ist bemerkenswerth, dass eine bedeutende Verminderung der PO_5-Ausscheidung dem Anfall vorausgeht (1. August); S. sagt darüber: „Ich glaube diese Verminderung zum grössten Theil einer Aenderung im Stoffwechsel des Hirngewebes zuschreiben zu müssen, welche der Verringerung der psychischen Fähigkeit nicht zu folgen, sondern ihr vorauszugehen und sie gewissermassen vorzubereiten scheint. Kurella.

---

483) **Otto Snell** (Hildesheim): Ueber Analgesie des Ulnarisstammes bei Geisteskranken.

(Berlin. klin. Wochenschr. 1895, Nr. 42.)

S. hat 25 Paralytiker und 75 nicht paralytische Geisteskranke untersucht, von den letzteren nur Epileptiker und solche chronische Geisteskranke, welche am meisten Sensibilitätsstörungen vermuthen liessen.

Bei 25 Paralytikern war das Symptom erhalten in 1 (4%), abgeschwächt in 10 (40%) und erloschen in 14 (56%) Fällen. Bei den 75 nicht paralytischen Geisteskranken war das Symptom erhalten in 25 (33%), abgeschwächt in 39 (52%) und erloschen in 11 (15%) Fällen.

Einen Zusammenhang mit den übrigen Symptomen der progressiven Paralyse konnte auch S. nicht feststellen. Die durchschnittliche Krankheitsdauer der Paralytiker mit erloschenem Ulnaris-Symptom betrug 2½ Jahre, bei den Fällen mit abgeschwächtem Symptom 4⅛ Jahre. Bei den 8 Paralytikern, welche totale Pupillenstarre zeigten, war auch das Ulnaris-Symptom völlig erloschen, während bei den 10 Kranken mit abgeschwächtem Ulnaris-Symptom sich nur geringere Störungen der Pupillenbeweglichkeit zeigten. — Im Allgemeinen war bei den Paralytikern, die überhaupt viel schwerere Störungen zeigten, das Fehlen des Ulnaris-Symptoms etwas häufiger als bei den anderen Kranken.

Von 22 Epileptikern hatten nur 5 (23%) normales Ulnaris-Symptom, bei 11 (50%) war es abgeschwächt, bei 6 (27%) erloschen. Bei 5 Idioten war das Symptom nur in einem Falle normal, in den 4 anderen abgeschwächt. Von 7 Kranken mit primärem Blödsinn zeigten 2 (29%) herabgesetzte und 3 (42%) gar keine Reaction, während von 7 Kranken mit secundärem Blödsinn 6 (86%) normale und 1 (14%) abgeschwächte Reaction zeigten.

2 Kranke mit Altersblödsinn zeigten normales Verhalten. Von 21 Paranoikern zeigten 6 (29%) normale, 13 (62%) herabgesetzte und 2 (9%) erloschene Reaction (doch schienen einzelne Kranke die Schmerzäusserung absichtlich zu unterdrücken). Bei 6 stuporösen Kranken war das Symptom in 2 Fällen normal, in 4 Fällen abgeschwächt.

Es zeigte sich übrigens auch bei den nichtparalytischen Kranken, dass die Analgesie des Ulnaris in der Regel mit anderen schweren Störungen der Sensibilität zusammentrifft. Hoppe.

---

484) **Wilhelm Goebel**: Weitere Untersuchungen über das Ulnaris-Symptom bei Geisteskranken.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 16.)

Unter 54 paralytischen Männern, welche G. untersuchte, zeigten 47 = 87,3% Analgesie des Ulnaris, 2 = 3,5% boten einseitige Analgesie dar, während bei 5 = 9,2% (2 davon waren blödsinnig) die Druckempfind-

lichkeit erhalten war. — Die Patellarreflexe waren übrigens bei der Mehrzahl gesteigert, bei vielen völlig geschwunden, während nur wenige normale Erregbarkeit zeigten. Hier waren ebenso wenig wie bei den Störungen der Sensibilität und der Pupillenreaction Beziehungen zum Ulnaris-Symptom erkennbar.

Von 22 paralytischen Frauen (fast alle dement) zeigten nur 3 = 13,6% beiderseitige, 1 — 4,5% einseitige Analgesie, während 18 = 81,9% normale Empfindlichkeit aufwiesen. Sogar in einem Fall von Paralyse, combinirt mit Tabes, fehlte die Analgesie.

Von 100 nicht paralytischen Geisteskranken zeigten 54% normales Verhalten, 43% beiderseitige, 3% einseitige Analgesie. Unter diesen war die Analgesie am meisten bei den Epileptikern zu constatiren und zwar bei 12 von 15 (80%). Im Allgemeinen fand sich bei Frauen ein normales Verhalten bedeutend häufiger als bei Männern.

Wenn danach die Analgesie den Paralytikern nicht eigen ist, so scheint doch, wenigstens bei Männern, in zweifelhaften Fällen die Analgesie ein pathognomonisches Zeichen mit zur Sicherung der Diagnose zu sein, ebenso wie sie zur Entlarvung von Simulanten und zur Unterscheidung von epileptischen und hysterischen Krampfanfällen dienen kann. Die Ursache der Analgesie liegt nach G. central. Hoppe.

---

285) **James Weir** (Owensboro, Ky.): Suicide in the United States.
(The Medic. Record, 17. Aug. 1895.)

Es ist statistisch festgestellt, dass in Europa der Selbstmord am häufigsten unter den Nationen gefunden wird, die indo-germanischen Ursprungs sind. (Auf 1 Million Germanen kommen 116, auf ebenso viele Kelten 48, auf Slaven 38, auf Magyaren und Finnen 46 Selbstmorde.) Auch in den Vereinigten Staaten Nordamerikas entfallen die meisten Selbstmorde auf Personen deutscher Abstammung. Man ist in Amerika gewohnt, die Ursache dieser Erscheinung in dem reichlichen Biergenusse zu suchen, dem die Deutschen zu huldigen pflegen.

W. beweist das Irrige dieser Ansicht; die Ursache liegt vielmehr in einem psychischen Zuge des Deutschen, seiner von Alters her bekannten Gleichgiltigkeit gegen den Tod. Auch ist dabei in Betracht zu ziehen, dass erfahrungsgemäss die Zahl der Selbstmorde überhaupt zuzunehmen pflegt mit der zunehmenden Bildung und Civilisation. — Die Zahl der jährlichen Selbstmorde in den Vereinigten Staaten beläuft sich auf etwa 4000; sie steigt dabei von Jahr zu Jahr und zwar am meisten in den westlichen Staaten und vor Allem in den Grossstädten. Von Kindern unter 16 Jahren begingen innerhalb der letzten 10 Jahre Selbsmord etwa 1000. Von Weibern tödteten sich die meisten im Alter von 20—30, von Männern im Alter von 30—40 Jahren. Am häufigsten kam der Selbstmord in den Monaten Juli, August, September vor und zwar vorzugsweise am Tage, namentlich in der Zeit von 11—12 Uhr Vormittags. Unter den Vollblutnegern der Vereinigten Staaten findet sich Selbstmord nur in 1%, unter den Halblutnegern in weit grösserer Häufigkeit. — Die beliebtesten Arten des Selbstmords in den Vereinigten Staaten sind Erhängen, Erschiessen, Vergiften, namentlich mit Leuchtgas. Voigt.

---

486) **C. Ferrari** (Reggio): Ein Fall von partieller, continuirlicher Amnesie. (Un caso di amnesia parziale continua.)

(Rivista sperimentale di freniatria, XX, p. 509, 1894.)

Es handelt sich um einen Fall von ständiger Amnesie für Zahlen bei einem 27jährigen Manne, in dessen Ascendenz in beiden Linien viele Fälle von Hirnapoplexie vorgekommen sind, und der im 20. Jahre einige Zeit lang Opium und Haschisch genommen hat. Er hat einen akademischen Grad erworben, sich aber im Examen immer gehemmt gefühlt und einmal eine circumscripte Amnesie, die sich gerade auf den Examensgegenstand bezog, durchgemacht. Er verstand damals nicht einmal den Sinn der ihm gestellten Fragen. Wie sein Vater und Bruder hat der Patient von Kindheit ein Gerontoxon und seit mehreren Jahren Zeichen von Arteriesclerose. Von seinem jetzigen Zustande hat er erst seit einigen Monaten Kenntniss, und zwar dadurch, dass er, aufgefordert, eine bestimmte Summe zu nennen, von der er am Abend vorher gehört hatte, eine viel zu grosse Zahl nannte; er bemerkte das erst, als er darauf aufmerksam gemacht wurde; er reconstruirte sich nun innerlich den Vorgang vom Abend vorher, konnte sich auch alles Gehörte deutlich und lebhaft ins Gedächtniss zurückrufen, jedoch mit Ausnahme der Zahl, von der er keine Spur im Gedächtniss vorfand. Dieser Vorgang wiederholte sich bei jeder gegebenen Gelegenheit; „die Zahlen gleiten von meinem Gedächtniss ab, wie die Wassertropfen von einem seidenen Regenschirm“, so schilderte der Kranke sehr treffend seinen Zustand. Es ist wahrscheinlich, jedoch nicht mit Sicherheit nachzuweisen, dass die Störung schon seit längerer Zeit besteht: Patient hat in der Schule nicht das Einmaleins lernen können und kennt es auch jetzt noch nicht, mit Ausnahme der vielfachen von 2 u. 5 und der Combinationen, die einen gewissen Rythmus in der Aussprache besitzen, wie: trentase (36), quarantotto (48) etc. Geometrie und Algebra hat er nicht gelernt, anscheinend in Folge der Autosuggestion, dass diese Dinge ihm noch schwerer fallen würden, als einfaches Rechnen; gelegentlich ist es ihm gelungen, durch Hülfsassociationen einzelne Zahlen zu behalten, neuerdings hat er diese Bemühungen aufgegeben.

Ferrari nimmt in längerer Auseinandersetzung nach Ausschluss einer Hysterie an, es handle sich um, mit der Arteriosclerose des Kranken zusammenhängende Circulationsstörungen im Gebiete der Zellen, die dem Zahlengedächtnisse vorstehen, und diese Zellen wären wohl noch im Stande, Wahrnehmungen zu machen, aber nicht mehr, sie zu fixiren und zu reproduciren.

Zur Stütze dieser Annahme führt er an, dass der eine von Ribot mitgetheilte Fall partieller Amnesie für Zahlen sich nach einem apoplectischen Anfalle entwickelt hatte. In einem anderen gleichfalls von Ribot mitgetheilten Falle hatte ein auf einer Reise lange Zeit intensivem Froste exponirter Mann eine schwere Störung des Gedächtnisses erlitten, so dass er nicht im Stande war, zu rechnen.

Kurella.

---

487) **P. Sollier** (Paris): Ein Fall von polyneuritischer Psychose. (Un cas de psychose polyneuritique.)

(Revue neurologique III, Nr. 15, 1895.)

Eine 42jährige, mit einem Destillateur verheirathete Frau trinkt seit Jahren grössere Mengen Schnaps. März 1894 verfiel sie nach einem schweren Affect in Ohnmacht, wie bereits mehrmals früher hysterische Anfälle emotionellen Ursprungs dagewesen waren. Von dem letzten Anfall an trank sie mehr, war oft schläfrig, wurde reizbar, vergesslich und gleichgiltig gegen ihren Haushalt. Im Juli trat Schwäche der Beine ein, sie blieb desshalb zu Bett; 14 Tage darauf Bewegungsstörung an den Händen, Atrophie der Interossei, später erst des linken, dann des rechten Beins und erst des rechten, dann des linken Arms. Zugleich nahm die Amnesie zu, eben Gehörtes wurde wieder vergessen, daneben wurden beständig dieselben bald hypochondrischen, bald an Verfolgungsvorstellungen grenzenden Befürchtungen geäussert, die zum Theil durch Gesichtshallucinationen von beängstigender Art und Personen-Verkennen unterhalten wurden. Im August Aufnahme in eine Privat-Irrenanstalt, characteristische „main en griffe", fast allgemeine Muskellähmung und -Atrophie, auch der Sphincteren. Entartungsreaction aller ergriffenen Muskeln, faradische Erregbarkeit völlig erloschen, im Ganzen ist die Peripherie der Extremitäten am meisten und sind die Strecker mehr ergriffen als die Beuger; keine Affection des Facialis und der Augenmuskeln; alle Reflexe an den Extremitäten erloschen; electrocutane Sensibilität enorm herabgesetzt, Berührungsempfindungen nur an der Peripherie der Extremitäten noch leidlich erhalten; überall Parästhesieen, welche die Kranke als Thierbisse interpretirt. Keine sensoriellen Defecte; Nachts Gesichtshallucinationen und fast totale Schlaflosigkeit. Die Kranke fragt beständig, ob man ihr den Bauch aufmachen und die Beine abschneiden wird. Neben einer erheblichen Incohärenz ist die ausgedehnte Amnesie das hervorstechendste psychische Symptom; sie bezieht sich auf alle neueren, aber auch vielfach auf ältere Erlebnisse. Leider präcisirt S. diese Angaben nicht näher. Während alle übrigen Symptome sich unter Milchdiät, Opiumextract und Galvanisirung schnell besserten, bestand die Amnesie volle 3 Monate. Nach 6 Wochen waren auch die meisten Lähmungserscheinungen zurückgegangen.

Sollier betont mit Recht, dass hier die psychischen Erscheinungen 4—5 Monate den polyneuritischen vorausgegangen sind, dass aber Amnesie, Verwirrung und Lähmung sich parallel entwickelt haben. „Der Parallelismus zwischen den beiden primordialen Phänomenen des Zustands scheint anzudeuten, dass hier nicht nur eine blosse Coincidenz vorliegt, sondern eine enge Beziehung wahrscheinlich dank einer einzigen, das Nervensystem als Ganzes treffenden Schädlichkeit". Kurella.

---

488) **G. C. Ferrari** (Reggio-Emilia): Die polyneuritische Psychose. (La psicosi polyneuritica.)

(Rivista sperimentale di Psichiatria 1895, XXI, p. 431—443.)

In einer kurzen, aber sehr eindringlichen kritisch-historischen Darstellung bestreitet F. die Berechtigung, aus den Fällen von sogenannter polyneuritischer Psychose eine besondere klinische Form zu machen. Er

sagt von Korsakow, dieser habe gegenüber den Kritiken Oppenheim's und Tiling's sich genöthigt gesehen, alle Fälle aufzusuchen, die sich wohl oder übel in den weiten Rahmen des von ihm geschilderten Bildes bringen liessen, er hätte dabei aber immer weniger Accent auf die neuritischen Erscheinungen gelegt und fast nur noch gewisse psychische Symptome betont, so dass allmählich der ganze Complex von Erscheinungen verschwunden wäre. Und Colella, der neuerdings auf Grund von 8, zum Theil in Halle untersuchten Fällen die Krankheit monographisch behandelt hat, hält er vor, dass einer dieser Fälle keine Spur von psychischer Störung, der achte aber weder diese noch auch die geringsten Zeichen von Polyneuritis gehabt hätte. An dem Krankheitsbilde selbst findet er nichts characteristisch, als die Amnesie, die ihm nur in ganz vereinzelten Fällen etwas anderes zu sein scheint, als die continuirliche Amnesie der Demenz. Er vergleicht die Fälle von Colella und Korsakow dann mit früheren Publicationen von Fischer (1882), Strümpell (1883), Moeli (Charité-Annalen 1883), Löwenfeld (1887), Bernhardt (1886), Oppenheim (1886); dieser und Müller (1883) haben in einzelnen Fällen multipler, theilweise alcoholischer Polyneuritis auch Amnesie und andere psychische Störungen beschrieben, und in Fällen polyneuritischer Psychosen von Witkowski und Eichhorst war der Symptomencomplex der Schilderung Korsakow's sehr ähnlich.

Man findet, so resümirt F. diesen Theil seiner Kritik, die fragliche Krankheitsform also wesentlich gebildet durch eine Amnesie, die man finden kann:

1. In Fällen von multipler Neuritis in Folge von Alcoholismus,
2. „ „ „ „ „ aus anderen Ursachen,
3. „ „ „ Alcoholismus ohne Neuritis,
4. „ „ , wo ätiologische Factoren der Polyneuritis gegeben sind, diese selbst aber nicht,
5. „ „ einer abgelaufenen acuten Psychose.

„Also ist diese curiose Psychose nicht an die Neuritis geknüpft, weder die einfache, noch die multiple; auch nicht an den Alcoholismus, denn diese oder jener können abwechselnd fehlen. Im Ganzen werden 15—20 Fälle referirt, in denen dieselbe eine, von keinerlei neuritischen Erscheinungen begleitete Intoxication complicirte; aber welchen Werth kann diese Zahl haben, wenn man bedenkt, welche enorme Zahl von Intoxicationen keine psychischen Störungen bedingen oder doch nicht diese bestimmten?"

F. hält es desshalb für voreilig, von einer eigenartigen an die Polyneuritis geknüpften Psychose zu reden, und für richtig, eine einfache gelegentliche Concomitanz psychischer Erscheinungen neben alcoholischer Polyneuritis anzunehmen.

In einer weiteren Analyse des von Korsakow gezeichneten Bildes in psychischer Beziehung macht er auf das Schwankende desselben aufmerksam und bemerkt, dass nicht zwei Fälle aus der ganzen Litteratur einander gleichen, bis auf einen Fall Colella's, in welchem dieser wörtlich übersetzt, was Korsakow von einem — einem anderen natürlich — seiner Fälle berichtet.

Jedenfalls können F.'s Ausführungen nur zu einer Nachprüfung des vorliegenden Materials anregen, wenn sie auch nicht ganz frei von Animosität sind.

Kurella.

---

489) **Nageotte**: Étude sur la méningo-myélite diffuse dans le tabes, la paralysie générale et la syphilis spinale.

(Arch. de Neurol. XXX, 104.)

N. erörtert an der Hand von 4 ausführlich mitgetheilten Fällen die Frage, ob die anatomischen Befunde bei der Tabes, der Paralyse und der Rückenmarkssyphilis einen Rückschluss auf die engen Beziehungen gestatten, die nach der klinischen Beobachtung zwischen ihnen bestehen. Er findet, dass allen drei Krankheiten ein diffuser entzündlicher Process gemeinsam ist, der vorwiegend das Gefässsystem und das Bindegewebe des gesammten Rückenmarks ergreift und im Wesentlichen in einer Infiltration von Rundzellen besteht, die ausser in der Pia und der Arachnoidea sich namentlich in den Gefässscheiden anhäufen; erst secundär treten Veränderungen der nervösen Elemente auf. Wenn auch der Process microscopisch eine Reihe von Eigenthümlichkeiten aufweist, die seine Trennung von anderen ähnlichen in aller Schärfe gestatten, hält es N. doch für zu weit gegangen, hieraus in allen Fällen auf eine einzige, gemeinsame Ursache, die Syphilis, zu schliessen, deren Vorhandensein in der weitaus grössten Zahl der Fälle klinisch sichergestellt ist.

Falkenberg-Lichtenberg.

---

490) **A. Joffroy** (Paris): Die tabische Form der progressiven Paralyse. (De la paralysie générale à forme tabétique.)

(Nouv. Iconographie de la Salpêtrière VIII, p. 40, 1895.)

Gegenüber Raymond, der vor einigen Jahren die Einheit der Tabes und der progressiven Paralyse behauptete, hat Joffroy seit 1892 in mehreren direct oder indirect von ihm ausgehenden Publicationen behauptet, dass die gelegentliche Coëxistenz beider Krankheiten nur eine zufällige Association wäre, dass beide aber von einander verschieden wären; dass man die eine nicht als Fortsetzung der anderen betrachten und dass ebenso wenig die Syphilis als ihre gemeinsame Ursache gelten könne; dass ferner die Mehrzahl der Fälle, in denen eine Association von Tabes und Paralyse vorzuliegen schiene, als spinale Formen der Paralyse, in denen der Process in den Hintersträngen beginnt, anzusprechen wären. Für letztere Auffassung führt J. nun einen klinisch und anatomisch genau untersuchten Fall an, bei dem eine anscheinende Tabes einer Paralyse vorausgegangen war.

Der Kranke hatte J. 1891 consultirt; damals bestand Ataxie der Beine, Romberg'sches Zeichen, reflectorische Pupillenstarre, Westphal'sches Zeichen, sexuelle und Blasenschwäche, lancinirende Schmerzen in den Beinen und zwar diese seit mehreren Jahren. Daneben leichtes Zittern der Zunge und der Hände und Magenbeschwerden, die dem chronischen Alcoholismus des Kranken entsprachen. Seit 11 Jahren war er syphilitisch und ist desswegen mehrfach behandelt worden. Eine Reise in einen Badeort bedingt bei der Ankunft eine plötzliche enorme Steigerung der Gehstörungen, jedoch ohne Hinzutreten neuer oder Verschlimmerung der übrigen Symptome. Die Thermen wirkten günstig, der Kranke war nach seiner Badereise leichtlebig, lebte unregelmässig und erwartete mit Ungeduld seine Genesung, um wieder mit Genuss locker leben zu können. 1892 nach einer neuen Thermal-Cur waren Gang und lancinirende Schmerzen gebessert,

es stellte sich aber scandirende Sprache, Zittern der Zunge, Gedächtnissschwäche, intellectuelle Abstumpfung und Pupillendifferenz ein, ferner mehrere kurze Anfälle transitorischer Aphasie. 1893 waren alle diese Symptome gesteigert, Silbenstolpern und ein characteristischer Optimismus hinzugetreten. Januar 1894 nach Trinkexcessen Grössendelir, bald darauf Aufnahme in eine Irrenanstalt mit folgender heftiger Tobsucht; Zurücktreten der Gehstörungen, Verschwinden des Romberg'schen Zeichens, nach wenigen Wochen Tod an Pneumonie.

Die Section ergab den banalen macroscopischen Hirnbefund der progressiven Paralyse, besonders starke Decortication. „Das Rückenmark ist an der Oberfläche congestionirt; die Wurzeln, besonders die hinteren scheinen unverändert. Auf Schnitten findet sich Congestion der weissen Substanz, keine Degeneration der Seiten- oder Hinterstränge, höchstens ein wenig an letzteren in der dorso-lumbären Gegend."

Microscopisch finden sich sehr ausgesprochene Veränderungen im Rückenmark, die sich von denen der Tabes durch den Mangel regelmässiger Systematisirung in den Hintersträngen, ferner durch Atrophie von Vorderhornzellen in der dorso-lumbären Region und im unteren Theile des Bulbus, durch zerstreute Atrophie der Zellen der Clarke'schen Säulen, durch ausgedehnte Sclerose der Seitenstränge und eine fast völlige Intactheit der hinteren Wurzeln durchaus unterscheiden. „Das wäre eine Tabes, die sehr viel Anomalien in sich vereinigte und merkwürdig entstellt aussähe."

Kurella.

---

491) **Mirto** (Palermo): Die electrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven bei Idiotie. (L'eccitabilità elettrica dei nervi e dei muscoli degl'idioti.)
(Rivista sperimentale di freniatria 1895, XXI, p 249—280.)

M. nimmt als Grundlage seiner Untersuchungen die Ermittelungen Soltmann's und C. und A. Westphal's über die Erregbarkeit bei Neugeborenen, die darnach in den ersten Lebenswochen bis zu einem gewissen Zeitpunkt erheblich geringer ist als bei Erwachsenen, und deren Effect sich als eine träge Zuckung zeigt, gleichviel, welche Reizformen zur Anwendung kommen; ferner sind darnach Neugeborene in der ersten Lebenswoche vollkommen unempfindlich gegen faradische Reizung der Haut; diesen functionellen Abweichungen entsprechen solche der histologischen Eigenschaften der peripherischen Nerven und zum Theile auch der Muskeln.

M. hat sich nun gefragt, „ob die Entwicklungshemmung, welche den psychischen Zustand der Idioten characterisirt, sich auch auf ihre Muskeln und peripherischen Nerven erstreckt". Er hat sich dabei eines exacten Instrumentariums, einer indifferenten Electrode von 6 cm Durchmesser, einer activen von 3 qcm Oberfläche bedient und die Ergebnisse der galvanischen Reizung mit den Angaben der Tabellen Stintzing's verglichen. Auf eine Mittheilung der Befunde der faradischen Erregbarkeit und des Widerstandes hat er nach einigen Vorversuchen verzichtet. Die untersuchten Nerven waren: Facialis, Ulnaris, Medianus, Tibialis, Peroneus, die Muskeln: Frontalis, Biceps, Extensor digitorum communis, Vastus internus, Peroneus longus. Das Material bestand aus 30 Idioten, von denen M. die „typischen Fälle von Entwicklungshemmung" auswählte.

Für den Facialis fand er nun, gegenüber dem Stintzing'schen Grenzwerth von 1—2,5 M. A. bei KS, meist Werthe über 4 M. A., und zwar links höhere Zahlen, 6 M. A. und darüber.

Ulnaris: Die KSZ erfolgt in der Mehrzahl der Fälle innerhalb des Stintzing'schen Grenzwerths: 0,6—2,6 M. A., lag zumeist der Maximalgrenze nahe.

Medianus: Stintzing 0,3—1,5 M. A., die Idioten gaben in mehr als $^2/_3$ der Fälle KSZ erst bei mehr als 1,5, zumeist erst bei mehr als 2 M. A.

Peroneus: Stintzing 0,2—2,0 M. A.; von den Idioten ergaben mehr als die Hälfte, 2 M. A. und darüber.

Entsprechende Verminderung der galvanischen Erregbarkeit ergab sich, für KSZ festgestellt, auch bezüglich der Mm. tibialis und frontalis, in 2 Fällen bezüglich des Biceps und in 5 Fällen in hohem Maasse beim Extensor communis; für den Vastus internus und den Peroneus longus war die Abweichung nur in einigen Fällen ausgesprochen.

Durch galvanische und faradische Reize erregbare Schmerzempfindungen waren in 6 Fällen erst bei stärksten Reizen (15—25 M. A. im Gesicht) zu erlangen, in 3 Fällen bestand eine mässige Abstumpfung, in 4 weiteren eine beträchtliche Steigerung.

In einem Falle wurde nach Abschluss der Untersuchung die Section gemacht; im Gehirn fanden sich nur Zeichen abnormer Entwicklung (Hypoplasie der Windungen, Heterotopieen im Grosshirn, abnorme Stratification der Rinde), keine degenerativen oder ntzündlichen Processe. Am N. facialis, ulnaris, medianus und ischiadicus wurden theils quantitative Veränderungen gefunden, indem die Nervenfasern durch sehr dünne Myelinhüllen äusserst zart waren, theils qualitative, insofern das vorhandene Myelin auf Osmiumsäure, Carmin und Hämatoxylin-Weigert abnorm reagirte; in der Muskulatur (biceps, extensor communis, sartorius) viele ausserordentlich dünne Muskelfasern, grosser Kernreichthum des Sarkolemms.

M. ist geneigt, sowohl in den Nerven- wie in den Muskelbefunden Entwicklungshemmungen zu sehen; bezüglich der Nerven will er jedoch nicht die Möglichkeit ausschliessen, dass es sich um eine „mangelhafte Function der verschiedenen Klassen von Neuronen handle, deren Trophismus vermuthlich in Folge der der Idiotie eigenen Functionsträgheit leidet“; auch die electrischen Befunde glaubt er, von den Abweichungen der Schmerzempfindlichkeit abgesehen, auf eine unzureichende Myelinirung der peripherischen Fasern und somit auf eine Entwicklungshemmung zurückführen zu müssen, ohne jedoch zu verhehlen, dass die Vielgestaltigkeit der anatomischen Zustände, welche bei dem Collectivnamus „Idiotie“ in Frage kommen, eine einheitliche Erklärung von Befunden an Idioten nicht gerade erleichtert.

Kurella.

---

492) **Bernardini** und **Perugia** (Reggio): Das Verhalten von Sensibilität, Motilität und Reflexen bei Blödsinnigen. (Le funzioni di relazione nella demenza.)

(Rivista sperimentale di Freniatria, XXI, p. 120—135, 1895.)

An 80 Dementen, die meist nach Manie, Melancholie, Alcoholismus und Hebephrenie psychisch verfallen sind, haben die beiden Autoren das unter-

sucht, was man in Frankreich und Italien Relationsfunctionen nennt, u. z. die Sensibilität der Haut, besonders ihre Schmerzempfindlichkeit, die electrische Erregbarkeit der Muskeln, Muskeltonus und allgemeine Innervationsverhältnisse und die Reflexe; sie resümiren ihre Resultate folgendermassen:

1. Es fand sich vorherrschend eine beiderseitige Verminderung der Schmerzempfindlichkeit, auch gegen electrische Reize.
2. Häufig waren „Parakinesieen" (Tremor an der Zunge und den Händen) und Hypokinesieen" (besonders Facialisdifferenz).
3. Annäherung der Art der galvanischen Erregbarkeit an die Entartungsreaction.
4. Abschwächung der oberflächlichen, Steigerung der tiefen Reflexe.

Ohne auf die Methode der Autoren, die mindestens auf dem Gebiete der Electrodiagnostik exacten Anforderungen nicht entspricht, und auf die an ihre Resultate geknüpften, hypothetischen Erwägungen einzugehen, muss Ref. doch fragen, was eigentlich durch solche Erhebungen bewiesen und genützt ist. Die „secundäre Demenz" ist heute ein tout à l'égout, wie es vor 70 oder 80 Jahren die „Tabes dorsualis" war; dass diesen Collectivwesen durch Massenuntersuchungen an heterogenem Materiale einige neue ziemlich vage Merkmale beigelegt werden, bringt doch nur einen Rückschritt für das eigentliche Problem der Demenzen, als welches nur auf dem Wege der Analyse und Differenzirung seiner Lösung näher gebracht werden kann.

Kurella.

---

2. Specielle Psychopathologie.

493) **Lührmann** (Dresden): Progressive Paralyse im jugendlichen Alter und progressive Paralyse (Tabes) bei Eheleuten.

(Neurol. Centralbl. 1895, Nr. 14.)

Zu den jugendlichen Paralysen steuert L. den Fall eines 19jährigen Mädchens bei, welche an allmählich zunehmender Gedächtnissschwäche und Stumpfheit erkrankte und nach ungefähr halbjähriger Krankheitsdauer im Verlauf tagelang andauernder paralytischer Anfälle, die auch vorher zeitweise vorhanden waren, zu Grunde ging. Ererbte oder erworbene Lues war nicht nachzuweisen.

Ausserdem bringt er kurz die Krankengeschichten eines paralytischen und eines tabisch-paralytischen Ehepaares. Beim ersten war Lues des Mannes sicher, beim zweiten durch die nach 9 normalen Geburten der Frau plötzlich einsetzenden Aborte in der 2. Schwangerschaftshälfte und durch die Wirksamkeit des Jodkali bei der Frau auf eine hochgradige Schmerzhaftigkeit des Proc. mastoid. höchst wahrscheinlich. Hoppe.

---

494) **Justschenko:** Die progressive Paralyse des Jugendalters.

(Russisches Archiv für Psychiatrie, Neurologie etc. von Prof. P. Kowalewsky, Bd. XXVI, Nr. 1, p. 1—130.)

Die progressive Paralyse ist vorzugsweise eine Krankheit des mittleren Lebensalters; Erkrankungen vor dem 35. Lebensjahre sind ziemlich selten, solche vor dem 25. werden als besonders merkwürdige Fälle von Erkrankungen jugendlicher Individuen beschrieben. Dabei giebt es aber eine besondere Form von progressiver Paralyse, welche junge Personen im

Alter bis zu 20 Jahren befällt. Solche Fälle sind recht selten, bieten aber wegen ihres klinischen Bildes, ihres Verlaufes und hauptsächlich ihrer Aetiologie wegen viel Interessantes. Verf. hat aus der Litteratur 33 Fälle zusammengestellt, denen er drei eigene hinzufügt. Auf Grund dieses Materials macht er nun Mittheilungen in Bezug auf Aetiologie und klinischen Verlauf dieser Form der progressiven Paralyse. Dieselbe befällt vorzüglich junge Leute aus den ärmeren Klassen der Bevölkerung und kommt bei Mädchen häufiger vor als bei Knaben — im Verhältniss von 19 : 17. — Das Durchschnittsalter für letztere ist das 16., für erstere das 14. Lebensjahr. Das stärkere Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts wird nach Verfasser dadurch erklärt, dass der Organismus der Mädchen in der Pubertätsperiode bedeutend grösseren Veränderungen unterworfen ist als der der Knaben. Bei Berücksichtigung der in den verzeichneten Fällen angeführten ätiologischen Momente, unter denen hereditäre Syphilis in 76% der Fälle in Betracht kommt, kommt Verfasser zu folgenden Voraussetzungen: „Die Heredität, hauptsächlich auf syphilitischer Grundlage, giebt den günstigen Boden ab, auf dem sich, als auf dem locus minoris resistentiæ, die krankhaften Processe abspielen. Dank derselben geht die Entwicklung des nährenden Apparates, wie einzelner Theile des Gehirns in unregelmässiger Weise vor sich. Während des jugendlichen Alters ist aber die Wachsthumenergie der nervösen Elemente und in Folge dessen auch der psychischen Qualitäten so gross, dass sie die zerstörenden Wirkungen der ungünstigen Bedingungen zu überwinden vermag, bis das Individuum das Alter der geschlechtlichen Reife erreicht hat. Um diese Zeit beginnt die Thätigkeit des Gehirns eine gesteigertere zu werden, es beginnen die Fluxionen zum Gehirn, welche diesem Alter eigen sind; die Ausgabe des nervösen Materials ist eine gesteigerte, zu einer Wiederherstellung desselben lassen es aber die ungünstigen Bedingungen nicht kommen. Dagegen beginnt das Bindegewebe, welches zu seiner Ernährung nur geringen Materials bedarf, gesteigerte Wachsthumsenergie zu entfalten und übt auf die nervösen Elemente einen Druck aus, dem letztere nicht im Stande sind zu widerstehen; sie degeneriren und atrophiren. In anderen Fällen wäre vielleicht das Gehirn im Stande, die ungünstige Periode der Pubertät zu überdauern, wenn nicht andere schädliche Einflüsse, wie ungenügende Nahrung, oder traumatische Insulte den Eintritt der Krankheit begünstigten".

Der Krankheitsverlauf ist fast in allen Fällen der gleiche. Die Krankheit beginnt mit einer Aenderung des Characters, der Kranke begeht sondere Handlungen und bei näherem Zusehen ist es möglich, an ihm Anzeichen von Herabsetzung der geistigen Fähigkeiten zu finden. Die körperlichen Symptome stellen sich zu gleicher Zeit ein wie die psychischen. Die Krankheit verläuft in der Form der dementia primaria paralytica ohne Grössenwahn oder doch nur mit Spuren eines solchen. Hat sie einmal begonnen, so schreitet sie, stetig an Intensität zunehmend, weiter, wenn auch zuweilen ein kurzer Stillstand oder sogar zeitweilige Besserung der Krankheitserscheinungen vorkommen kann. Vollständige Wiederherstellung ist in keinem Falle beobachtet worden, die Prognose daher sehr ungünstig Die anatomischen Veränderungen unterscheiden sich in nichts von denen bei Erwachsenen. Zum Schluss erlaube ich mir, die drei von Dr. Jutschenko mitgetheilten Fälle ausführlich wiederzugeben.

Fall 1.

Vorliegender Fall wurde dem Verfasser von Professor P. Kowalewsky zur Verfügung gestellt. Patient M. K. 14. a. n., jüdischer Confession. Der Vater des Kranken litt an Syphilis und wurde von Prof. Kowalewsky wegen linksseitiger syphilitischer Hemiplegie behandelt. Die Mutter des Kranken wurde gleich nach der Hochzeit durch den Mann inficirt und bietet jetzt das ausgesprochene Bild vollständiger Cachexie dar. Das erste Kind aus der Ehe ist unser Kranker, nach ihm folgten 5 Aborte, nach dem letzten war die Mutter nicht mehr schwanger. Besondere nervöse Beanlagung wurde bei den Eltern des Knaben nicht beobachtet. Letzterer litt in den ersten Monaten nach seiner Geburt an eclamptischen Anfällen, späterhin verschwanden dieselben und kehrten nicht mehr wieder. Physisch entwickelte sich der Knabe langsam und war stets schwächlich und anämisch. Gehen und Sprechen lernte er spät. Er erlernte das Lesen und Schreiben und löste mit grosser Geschicklichkeit arithmetische Aufgaben, im Allgemeinen zeigte er aber weder die Lebhaftigkeit noch die Beweglichkeit, welche jüdischen Kindern seines Alters eigen ist. In seinem 13. Lebensjahre erfuhr er einst einen heftigen Schreck in Folge des Einschlagens eines Blitzes in ein Nachbarhaus mit nachfolgendem Brande desselben. Seit dieser Zeit wurde er noch stiller als bisher, in sich selbst gekehrt, weniger empfänglich für äussere Eindrücke und verlor das Interesse für Alles. Einen Monat nach dem eben angeführten Ereignisse konnte er Stunden lang verbringen, ohne an etwas zu denken oder auf etwas zu achten; er begann allmählig zu verdummen. Jegliche Beschäftigung war ihm zuwider und wenn er zu lesen und zu schreiben gezwungen wurde, so that er es schlecht und fehlerhaft. Er wurde nachlässig, zerstreut und unreinlich; zuweilen vergass er sogar das Essen. Im Laufe der Zeit fiel es auf, dass er oft ohne Ursache fiel, bei weiterer Beobachtung erwies sich, dass sein Gang unsicher und ungeschickt wurde; auch die Sprache änderte sich, sie wurde undeutlich und silbenstolpernd; häufig liess er die Gegenstände fallen, die er gerade in den Händen hatte. In diesem Zustande wurde er zu Prof. Kowalewsky gebracht. Bei der Untersuchung des Kranken erwies sich folgendes: Leichte hydrocephalischer Schädel, das Gesicht ohne Ausdruck, die rechte Seite desselben paretisch, die Reaction der Pupillen verändert, die Sprache wie oben, Hutchinson'sche Zähne, die Lymphdrüsen überall vergrössert, ausgesprochene Anämie, Zittern der Hände, leicht atactischer Gang, deutlich ausgesprochener Schwachsinn. Die Unterhaltung mit dem Kranken ist sehr schwierig, da er nicht im Stande ist, seine Aufmerksamkeit auf die Frage zu concentriren und dieselbe zu verstehen; das Gedächtniss ist geschwächt; Nachlässigkeit und Unreinlichkeit sehr bedeutend. Die affective Seite des Seelenlebens ist fast vollständig vernichtet. Irgend eine Besserung ist kaum zu erwarten.

Fall 2.

Patientin J. G. 17. a. n., jüdischer Confession, wurde im Jahre 1891, mit einem Zeugniss des örtlichen Stadtarztes versehen, in die Krankenanstalt „Tworki“ abgeliefert. Aus diesem Zeugniss ist ersichtlich, dass J. G. in Tschenstochau als Kind unbemittelter Eltern geboren wurde. In der Kindheit genoss sie weder den ersten Unterricht, noch hat sie irgend ein Handwerk gelernt; sie zeichnete sich stets durch zarte Gesundheit aus;

vieles spricht dafür, dass sie an Scrophulose gelitten. In Bezug auf die Eltern ist nichts bekannt, zwei Brüder der Kranken sind geisteskrank. Im 14. Jahre erkrankte Patientin. Sie begann an Schlaflosigkeit zu leiden, die Stimmung war gedrückt, sie litt an beständiger Furcht vor etwas, welche zuweilen so weit ging, dass sie laut aufschrie. Sie mied jegliche Gesellschaft, sogar die ihrer eigenen Familie. Meistens verhielt sie sich schweigsam; allmählig verlor sie jegliche Energie, jegliche Lust zur Arbeit. — Ueber den Beginn der Regel ist nichts bekannt, nur so viel steht fest, dass sie häufig ausblieb und im Allgemeinen unregelmässig verlief. Die erste Zeit ihrer Krankheit verbrachte P. zu Hause, die letzten 6 Monate vor ihrem Eintritt in's Tworki im jüdischen Krankenhause. Bei der Untersuchung im Jahre 1891 ergab sich folgendes Resultat: P. ist klein von Wuchs, schwächlichem Körperbau und gering entwickelter Muskulatur. Auf den unteren Extremitäten sehr deutliche venöse Stauungen. Die Hände hält P. zusammengeballt, auch die unteren Extremitäten zeigen die Neigung, die Gelenke zu beugen. Die rechte Nasolabialfalte ist tiefer als die linke; an den inneren Organen nichts Bemerkenswerthes, der Ausdruck des Gesichtes ein gedankenloser. P. spricht viel, doch ist es nicht möglich, irgend eine bestimmte Antwort von ihr zu erhalten. Sie behauptet, sie sei 8 Jahre alt, sei verheirathet und habe 8 Kinder. Mit einem Wort, P. befindet sich im Zustande fast vollständiger Demenz. Sie ist sehr gefrässig und äusserst unreinlich. Im Januar 1892 machte P., da sie Zeichen von hereditärer Syphilis zeigte, eine Jodkaliumkur durch, nach welcher sich bedeutende Besserung des Zustandes zeigte. Physisch erholte sie sich bedeutend und auch die psychischen Erscheinungen gingen ein wenig zurück; die Sprache wurde weniger stolpernd; sogar die Assymetrie des Gesichtes verringerte sich. Unter dem Einfluss derselben Kur schritt die Besserung immer weiter fort und in der Krankengeschichte finden wir vom 11. Juli 1892 notirt: „Physisch ist G. bedeutend gekräftigt, auch der psychische Zustand ist ein bedeutend besserer, so dass P. im Stande ist, in ziemlich befriedigender Weise mit nicht allzu grossen Zahlen zu rechnen; P. ist viel sauberer und ordentlicher und greift zuweilen zur Arbeit. Oft verlangt sie nach Hause, indem sie behauptet, sich nach den Verwandten zu sehnen. Doch lässt sich im Allgemeinen sagen, dass P. noch immer durch ihr Gespräch und Betragen den Eindruck eines Kindes macht“. Nach einiger Zeit trat wieder im Befinden der G. eine Verschlimmerung ein, welche ihren Höhepunkt im Jahr 1893 erreichte. P. wurde unruhig, störte ihre Umgebung, fürchtete sich beständig vor etwas, antwortete auf Fragen ungern. Seit dieser Zeit dauert die Krankheit, von geringen Besserungen von Zeit zu Zeit unterbrochen, fort. Der Schwachsinn erreichte einen hohen Grad, es stellte sich grosse Schwäche und Zittern der Hände ein, die Störung in Sprache und Gang wurde immer stärker. Die Unsauberkeit geht so weit, dass P. fast beständig Koth und Urin unter sich lässt.

Die Untersuchung der Kranken am 11. Mai 1895 ergab folgendes: J. G. 21 a. n. macht den Eindruck einer viel jüngeren Person. Körperlänge 119 cm. Der Gesichtsausdruck ist ein stumpfer und gedankenloser; die linke Augenbraue steht etwas niedriger als die rechte, die linke Nasolabialfalte ist leicht verstrichen, der linke Mundwinkel ist etwas herunter-

gezogen. Die Form des Kopfes ist eiförmig. Der grösste Umfang des Schädels ist 51 cm, der fronto-occipitale Durchmesser 18, die Höhe der Stirn 4, die Breite 12, der quere Durchmesser des Schädels 15,2 cm Die Form des Schädels, nach Broca, brachycephal. Die Ohren sind klein, das Gehör scheint normal. Dasselbe lässt sich vom Gesicht sagen, doch lässt sich Genaueres nicht constatiren, da P. auf Fragen nicht antwortet. Die Pupillen sind gleichmässig ein wenig erweitert, reagiren auf Licht und Accomodution befriedigend. An den Muskeln des Gesichts, der Lider, der Lippen und des Kinns lassen sich fibrilläre Zuckungen, zuweilen auch Zittern bemerken. Besonders deutlich ist das Zittern in den Muskeln der Lippen und des Kinns während des Sprechens und Lachens. Die Kranke konnte nicht veranlasst werden, die Zunge zu zeigen, doch scheint sie nach links abzuweichen und zu zittern. Die Hautdecken sind zart, panniculus adiposus sehr gering. Auf Hals und Rücken einige Narben. P. geht ungleichmässig, schwankend und sich leicht auf der linken Seite stützend. Beim Stehen und Sitzen hält sie die Hände in den Gelenken gebeugt. Beim Auseinanderbiegen der im Ellenbogengelenk gebeugten linken Extremität lässt sich ein deutlicher Widerstand fühlen. Im Handgelenk sind die Hände im rechten Winkel gebeugt und setzen passiven Bewegungen keinen Widerstand entgegen, offenbar in Folge von Parese der Extensoren. Die unteren, hauptsächlich aber die oberen Extremitäten zittern stark, besonders bei Bewegungen. An den Händen, hauptsächlich aber an den unteren Extremitäten bemerkt man starke venöse Stauung. Starke Verdickung beider Tibien, aber keine Periostiten. Die Lymphdrüsen sind nicht vergrössert. Von Seiten der inneren Organe keine Störungen; in den Lungen vesiculäres Athmen; der Puls ist klein frequent, die Herztöne dumpf, aber keine Geräusche. Die Menstruationen waren früher unregelmässig, jetzt aber erscheinen sie jeden Monat. Die Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten, hauptsächlich des Triceps und der Beuger, sind erhöht, an den unteren fehlt der Kniereflex vollständig; der Bauchreflex ist normal, die vasomotorische Erregbarkeit stark herabgesetzt. Bezüglich der Sensibilität liessen sich keine genauen Resultate erzielen, da die Kranke nicht im Stande ist, ihre Aufmerksamkeit zu concentriren und genaue Antworten zu geben; nur so viel lässt sich sagen, dass die Sensibilität des Gesichts und der oberen Extremitäten herabgesetzt, die der unteren entschieden erhöht ist. Während der Untersuchung sitzt P. auf einem Stuhle mit gekreuzten Beinen, dabei kann sie nicht lange ruhig sitzen und bemüht sich beständig, aufzustehen und davonzugehen. Keiner der im Zimmer befindlichen Gegenstände erregt ihre Aufmerksamkeit, es interessirt sie nicht zu wissen, wer mit ihr spricht und zu welchem Zweck. Sie lächelt entweder vor sich oder schaut gedankenlos ins Weite, murmelt auch wohl von Zeit zu Zeit ein paar Worte wie die: „Ich will gehen und Beeren sammeln". Sie spricht bald polnisch, bald jüdisch-deutsch, bald russisch. Ihre Sprache ist wenig verständlich, stotternd und silbenverschluckend. Irgend eine bestimmte Antwort von ihr zu erlangen, ist unmöglich. Auf an sie gerichtete Fragen achtet sie entweder gar nicht oder antwortet: „Ich weiss nicht", oder antwortet etwas, wie in der Art: „Ich bin drei Jahre alt". Ueberhaupt ist ihre Aufmerksamkeit äusserst herabgesetzt und selbst starke und wiederholte

Reize sind oft nicht im Stande, dieselbe zu erregen; in Folge dessen ist auch die Aufnahme von Empfindungen sehr beschränkt, die gebildeten Vorstellungen nicht genügend betont. Die Zahl derselben ist sehr begrenzt, die Associationsbildung gestört, so dass die Kranke eine geraume Zeit hindurch einen und denselben Satz wiederholt oder eine Anzahl unzusammenhängender Worte murmelt. Das Gedächtniss ist ausserordentlich geschwächt. P. ist nicht im Stande zu sagen, wie sie heisst, wie alt sie ist, wo sie geboren wurde, wie ihre Eltern hiessen, erinnert sich nicht, was sie Tags vorher gegessen, ob sie heute zu Mittag gespeist u. s. w. Dabei aber spricht sie von Zeit zu Zeit, freilich sehr selten, Sätze aus, die nicht nur Sinn haben, sondern auch zur Sache sind; so z. B. aufgefordert, die Zunge zu zeigen, antwortet sie: „Bin ich denn ein Hund, dass ich mit ausgestreckter Zunge stehen soll?“ Illusionen und Hallucinationen kommen nicht vor, Wahnideen fehlen gänzlich. Die Kranke verlangt schon lange nicht mehr nach Freiheit, ihre Verwandten interessiren sie nicht mehr und sie beachtet es nicht, wenn von ihnen die Rede ist. Das Schamgefühl geht ihr gänzlich ab und in Gegenwart des Arztes stösst sie die unanständigsten Worte aus. Die Stimmung ist eine indifferente, mit einem Anflug von Gutmüthigkeit. Dass nichts sie interessirt und sie sich mit nichts beschäftigt, bedarf wohl kaum der Erwähnung. Sie fristet ausschliesslich eine vegetative Existenz, schläft viel, isst sehr viel und verunreinigt sich häufig mit Koth und Urin, ohne dass es sie im geringsten berührt.

Fall 3.

E. G., jüdischer Nationalität, aus Tsch., leiblicher Bruder der eben geschilderten Kranken, trat in die Irrenanstalt zu Tworki im August 1893 ein. Aus dem Zeugnisse des örtlichen Stadtarztes ist zu ersehen, dass E. G. ein stiller, bescheidener Knabe war, fleissig die Schule besuchte und arbeitsam war. In der Kindheit trieb er Masturbation. Die Krankeit, an der er leidet, brach im Jahre 1893 aus in seinem 15. Lebensjahre. Er wurde unruhig, schrie, riss sich die Kleider vom Leibe und hallucinirte stark. Bei der Untersuchung im Krankenhause am 12. August 1893 ergab sich folgendes: P. ist von mittlerem Wuchse und schwächlichem Körperbau; leichte Scoliose der Wirbelsäule; die Ohren sind gross und stehen vom Kopfe ab. Der Schädel ist unregelmässig gebildet; der rechte Scheitelbeinhöcker ragt stärker hervor als der linke. Die rechte Seite des Gesichts ist wie abgeflacht, der rechte Mundwinkel herabgezogen; die linke Hälfte der Brust ist stärker entwickelt als die rechte Die Sensibilität ist stark erhöht; bei der leisesten Berührung zuckt der Kranke zusammen, so dass es unmöglich ist, die Reflexe zu untersuchen. Die Pupillen sind gleichmässig, Reaction normal. Die Zunge weicht nicht ab, ist rein. Die Herztöne sind dumpf und unklar, der Puls weich, klein, arythmisch, 102 in der Minute. Die Hautdecken und Schleimhäute sind bleich, panniculus adiposus gering entwickelt. Auf Fragen achtet der Kranke nicht. Nach einigen Tagen machte sich eine Verwirrtheit in seinen Gedanken, Verlust der Auffassung und grundlose Furcht bei dem Kranken bemerkbar. Es wurden ihm subcutane Injectionen von Hydrargyrum salicylicum gemacht. Bis Mitte September war der Kranke sehr erregt, lärmte, schlug um sich;

später beruhigte er sich ein wenig, aber Mitte October wurde der Zustand wieder aufgeregter und steigerte sich bis zur Tobsucht. Um die Mitte des November machte sich bedeutende Herabsetzung der geistigen Fähigkeiten bemerkbar, physisch dagegen trat eine Besserung ein. Das Quecksilber wurde daher eingestellt und Jodkali verordnet, dessen Gebrauch bis zum Januar 1894 andauerte. Um diese Zeit ungefähr begann die Sprache unverständlich zu werden. Im Februar wurde P. ruhiger, vernünftiger, erinnerte sich einiger Thatsachen aud seiner Krankheit, war still, bescheiden und anständig. Doch dauerte dieser Zustand nicht lange; am 23. Februar wurde P. wieder unruhig, schrie und schlug um sich. Im Laufe der Zeit war er bald ruhiger, bald aufgeregt, zuweilen ging die Angst, die ihn quälte, so weit, dass er aufschrie. Im September traten am Unterschenkel schwer heilende Geschwüre auf. Bei der Untersuchung am 11. Mai 1895 stellte sich folgendes heraus: P. E G., 17. a. n., ist von weniger als mittlerem Wuchs, schwachem Körperbau und mässigem Ernährungszustand. Der Gesichtsausdruck ist ein fröhlicher, dumm-lächelnder; die Beweglichkeit der Gesichtsmuskulatur, sowie überhaupt der Muskulatur des ganzen Körpers, ist erhöht, so dass P. nicht einen Augenblick ruhig auf seinem Platz sitzen kann; in Folge dessen war es fast unmöglich, den Schädel zu messen. Der Kopfumfang ist 53,2 cm, Stirnbreite 15, Höhe der Stirn 6,5 cm, der fronto-occipitale Durchmesser 18,2, der quere 14,8 cm, Höhe des Schädels 14,2 cm. Der Typus des Schädels, nach Broca, ist subbrachicephal. Der rechte Scheitelbeinhöcker etwas mehr erhaben, als der linke. Leichte Scoliose der Wirbelsäule. Die Hautdecken sind zart, panniculus adiposus unbedeutend die Muskulatur schwach entwickelt. Die Knochen des Unterschenkels sind verdickt und an der Vorderfläche desselben viele Narben älteren und jüngeren Datums; einige von ihnen unbeweglich über dem Knochen. Hände und Füsse, sowie Nase und Ohren sind bläulich verfärbt und fühlen sich kalt an. Die ausgestreckten Hände zittern stark, bei willkürlichen Bewegungen wird das Zittern noch stärker. Die dynamometrische Kraft der rechten Hand = 15, der linken = 35 k. Zu schreiben ist P. nicht im Stande. Aus dem Gedächtniss konnte er nicht einmal seinen Namen schreiben, aus dem Buche konnte er nur drei Worte nachschreiben. Dabei schrieb er das Wort Iwan — „Iwas“, tschelowek — „selow“, wratsch — „wras“; ein Wort stand in der Zeile tiefer als das andere, die Buchstaben waren auf die verschiedenste Weise geneigt und die Handschrift characteristisch zitternd. Im Gange ist nichts Pathologisches zu bemerken. Die Pupillen sind gleichmässig und reagiren auf Licht und Accomodation normal. Das Gesicht zeigt unbedeutende Asymetrie, der rechte Mundwinkel ein wenig herabhängend. Die Zähne sind nach Form und Stellung unregelmässig. Die Zunge zittert stark. Die Herzgrenzen sind verkleinert, die Herztöne leicht gedämpft und unklar, der Puls 80 in der Minute, arythmisch. Die Reflexe an den oberen Extremitäten und die Bauchreflexe sind normal, die Erregbarkeit der Vasomotoren herabgesetzt. Der Zustand des Kniereflexes liess sich nicht bestimmen, da der Kranke bei der geringsten Berührung des Knies laut aufschrie. Die Schmerzempfindlichkeit ist gesteigert, besonders an den unteren Extremitäten. — Der Kranke beklagt sich über nichts, weiss nicht zu sagen, warum er sich in der Anstalt befindet, weiss über-

haupt nicht, dass er in der Anstalt ist und nicht zu Hause. Die Aufmerksamkeit hat stark gelitten, eine Frage muss mehrmals wiederholt werden, ehe er sie versteht. Die Umgebung interessirt ihn nicht und wenn er auch auf Augenblicke seine Aufmerksamkeit auf irgend einen Gegenstand richtet, so ist es nur, um gleich darauf auf einen anderen Gegenstand überzuspringen. Die Vorstellungsthätigkeit ist geschwächt so weit man es nach den Gesprächen beurtheilen kann, die er theils in russischer, theils in polnischer Sprache führt. Er spricht auch vieles in jüdischer Sprache, aber augenscheinlich dreht sich alles um einige wenige Dinge. Der Vorstellungsablauf ist ein wenig beschleunigt, wenigstens spricht er sehr schnell. Seine Sprache zeigt Anklänge an die paralytische Sprechweise, einige Worte spricht er undeutlich aus, andere verschluckt er gänzlich. Einigermassen schwierige Worte und Sätze bringt er ganz verkehrt hervor, z. B. statt der Worte: „Gossudar imperator Alexander treti“ — „Gossuditritrish“. Die Auffassungsgabe ist stark gestört; der Kranke kann nicht nur nicht berechnen, wann er geboren wurde, sondern kann auch nicht die allereinfachsten arithmetrischen Aufgaben lösen, so z. B. 3 + 4 = 7, 2 + 3 = 5; aber darauf 7 + 8 = „ich kann nicht“, 6 + 7 = 15, 15 + 3 = 20, 3 — 2 = 8. Das Gedächtniss ist geschwächt, P. kann nicht angeben, wie sein Arzt heisst, was er zu Mittag gegessen; er kann sagen, wo er geboren wurde, wie sein Vater heisst, ist aber nicht im Stande, einen Vers herzusagen, obwohl er behauptet, sehr viele zu kennen. Er kann nicht angeben, womit sich sein Vater beschäftigt, wie viele Zimmer im elterlichen Hause wären. — Sinnestäuschungen kommen nicht vor, auch keine ausgesprochenen Wahnideen, obwohl er am Tage, als er untersucht wurde, behauptete, er hätte 8 Millionen Rubel. Die Stimmung ist eine gehobene, er lacht und scherzt beständig, pfeift und trompetet in die Faust, aber alles dieses trägt deutlich den Character des Schwachsinns. Sein moralischer Sinn zeigt bedeutende Defecte. Der Appetit ist vorzüglich; häufig verunreinigt er sich mit Urin und Koth, besonders Nachts. Im Zimmer ist er unruhig, schreit, lärmt, belästigt die anderen Kranken, nimmt ihnen ihre Speisen weg u. s. w. — Dieser Fall unterscheidet sich eigentlich ein wenig von den anderen beiden angeführten; aber die fortschreitende Demenz, das Zittern der Hände und der Zunge, die Schwäche der einen Körperhälfte, die characteristische paralytische Handschrift, die gleiche Sprache, die Aetiologie und der Krankheitsbeginn — das Alles lässt uns voraussetzen, dass wir es hier mit einer, wenn auch noch nicht vollentwickelten juvenilen progressiven Paralyse zu thun haben.

D. Frank (Warschau).

---

495) **Kaes**-Hamburg: Statistische Betrachtung über die wichtigsten somatischen Anomalien bei allgemeiner Paralyse.

(Allg. Zeitschr., Bd. 51, H. 4.)

Degenerationszeichen fand Verf. bei 2,07% Paralytikern (2,4% Männern, 1,3% Frauen), meist mehrere zusammen.

Von Störungen des Gesichtssinnes sah er, dass auf 4,5% aller Paralysenabgänge Erblindungen kommen, und zwar auf die Frauen nur 2,0, auf die Männer 5,0%. Von diesen Fällen gehört eine starke Hälfte

(58,3%) der doppelseitigen retinalen Amaurose zu. Nach G. Meyer kommen in Deutschland auf 10,000 Menschen 8,79 Erblindungen, damit verglichen fand Verfasser, dass bei Paralyse die Erblindung 51 mal häufiger ist. Von den Fällen mit genauer Angabe des Zeitpunkts der Erblindung waren die meisten schon 5 und mehr Jahre vor der Aufnahme blind.

Was motorische Störungen im Sehorgan anlangt, fanden sich Pupillendifferenz bei 62,7% aller Fälle, springende Mydriasis bei 2,1%, Mydriasis bei 3,6%, Myosis bei 7,2%, Pupillenstarre bei mittlerer Weite bei 2% Frei von motorischen Pupillenstörungen blieben nach Verf. 17,0%. Besonders wurden die Fälle von einfacher Paralyse (ohne Syphilis etc) davon befallen. Ptosis fand sich bei 12,3%, Strabismus nur in 3,3%. Verfasser schliesst, dass bei P. Pupillendifferenzen 2 mal so häufig seien als alle übrigen Störungen am Sehorgan zusammeugenommen.

Sensibilitätsstörungen (nur drastische Fälle gerechnet). fand Verf. bei 43,3%, am wenigsten bei den Syphilitikern. Kopfschmerz bei 18,6%, am häufigsten Stirnkopfschmerz. Neuralgien bei 7,4%, davon 47,4% allein auf die Tabiker. Hyperästhesie (allg. oder localisirt) bei 5,9%, Anästhesie bei 11,4%

Motilitätsstörungen: Störungen der Kaumuskulatur bei fast 1/4 der Fälle, meist Lähmungen; clonische Kaumuskelkrämpfe bei 6,8, tonische nur 2,7%. Fibrilläre Zuckungen am Mundwinkel 15,4%. Facialislähmungen wurden bei 51,9% bereits bei der Aufnahme constatirt, ziemlich gleich beziffert für beide Seiten; doppelseitige (ausgeprägt) nur bei 1,3%. Deviation der Zunge und fibrilläre Zuckungen bei 30,5%.

Von Spracharticulationsstörungen beobachtete Verf. Silbenstolpern bei 51,2%, desshalb so wenig, weil viele Fälle bei der Aufnahme schon weiter vorgeschritten waren. Paraphasie (langsame, schleppende Sprache) bei 21,6%. Unverständliche Sprache bei 15,8%, stockende, verwirrte bei 9,8% und lallelnde, stammelnde bei 8,6%. Unarticulirte Laute bei 5,6%, scandirende Sprache bei 3,5%.

Transitorischer Verlust der Sprache bei 3,1%. Tadellose Schriftproben nur bei 7,6%.

Störungen des Ganges fand K. bei 48,7%; er theilt diese Störungen in paretischen Gang und atactischen, ersteren zeigten 58,1, letzteren 41,8%.

Ataxie fand sich bei 7,3%, die Tabiker stehen obenan.

Paresen des Rumpfes fanden sich rechts bei 3,9%, links bei 4,2%

Intentionszittern 20,2%. Motorische Unruhe fand sich bei 33,5%, für die Männer allein bei 32,5%, für die Frauen allein bei 35,2%; bei ersteren stehen die Trinker, bei letzteren die einfachen Paralysen obenan. Choreatische Bewegungen bei 6,2%, Paralyse der Sphincteren (wie die vorhergenannten Erscheinungen bald nach der Aufnahme festgestellt) bei 39,5%, Tabiker obenan. Harnverhaltung bei 11,8%.

Paralytische Anfälle vor der Aufnahme bei 25,8%, im weiteren Verlauf bei 47,9%; unter den erstgenannten (in der Prodrome) haben 30% die Form von Schwindel- und Ohnmachtsanfällen. Für die Zuckungsanfälle vor dem Tode ist 11,4 die Gesammtprocentzahl (wenig!) Bezüglich der Localisation der Anfälle abstrahirt der Verf. aus 350 Anfällen. Es fand sich eine leichte Bevorzugung des linken Arms.

Dauernde Hemiparesen und Hemiplegien fanden sich in 23,0%, einfache Paralyse obenan; der grösste Procentantheil fällt auf rechten Arm und rechtes Bein. Lähmungsartige Schwäche bei 7,7%, Tabiker obenan. Contracturen bei 7,6%, Tabiker und einfache Paralysen obenau.

Vasomotorische und trophische Störungen bei 63,3%, einfache Paralyse und Syphilis obenan.

Knochenfracturen bei 4%.

Das Verhalten der 4 Untergruppen der Paralyse bezüglich der benannten Störungen konnte im Rahmen eines Referates keinen Platz finden. Die reichlich beigegebenen Tabellen sind nicht allzu detaillirt und daher sehr übersichtlich.

Wolff (Münsterlingen).

---

496) **Kaes**-Hamburg (Friedrichsberg): „Statistische Betrachtungen über Ausbruch, Verlauf, Dauer und Ausgang der allgemeinen Paralyse nebst eingehender Berücksichtigung der Befunde an der Leiche, namentlich an den Lungen, jedoch mit Ausschluss des Centralnervensystems".

(Allg. Zeitschr., Bd. 51, H. 1.)

Verf. rechnet mit Ascher (Allg. Zeitschr., H. 1), dessen Ergebnisse er mit den seinigen vergleicht, den Beginn der Paralyse von dem Zeitpunkt an, wo die Angehörigen einsahen, „dass es mit dem Patienten nicht mehr ganz in Ordnung sei". Bezüglich der durchschnittlichen Dauer der Anstaltsbehandlung herrscht bei beiden ziemliche Uebereinstimmung: bei K.'s Männern 18,6, bei seinen Frauen 14,3 Monate, bei Ascher's Männern 14,6 Monate. Ein Unterschied besteht in der Gesammtdurchschnittsdauer: bei A.'s Männern 26, bei K.'s Männern 34,05 Monate, Die Differenz dieser Zahlen wird aber von der übertroffen, die aus einem Vergleich zwischen K.'s Männern und Frauen resultirt. Das Prodromalstadium der Paralyse beträgt für Männer ein Jahr, für Frauen etwas weniger, aber mehr als ein halbes Jahr.

Bei traumatischen Fällen beträgt die Dauer der Anstaltsbehandlung etwa 1/4 der Gesammtkrankheitsdauer, bei A. noch nicht den 2,5. Theil davon; indesen stimmen beide in der Anstaltsdauer ziemlich überein (ca. 15 Monate). Bei syphilitischen Fällen finden beide, dass der Zeitraum zwischen Primäraffect und Tod mit dem steigenden Alter eine ziemlich regelmässige Steigerung erfährt. Die Gesammtdurchschnittszahl bei K. ist für Männer 16,5, für Frauen 21,6 Jahre Bei A. ist es ähnlich. Bei den Fcauen ist hrer die Anstaltsdauer relativ lang: 23,2 Monate gegen 16,7 bei Männern, bei Frauen also um 8,9 Monate mehr als deren Gesammtdurchschnittsdauer (14,3), bei Männern um 1,9 weniger (gegen 18,6).

Das Minimum der Paralyse-Aufnahmen findet sich im September, das Maximum im Mai.

Bezüglich Verlauf und Dauer macht K. wie A. 5 Untergruppen: I. vorwiegend erregt, II. vorwiegend depressiv, III. Erregungs- und Depressionszustände wechselnd, IV. gleichmässig dement, V. mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen. Bei der Betrachtung sämmtlicher Paralysenfälle findet K. bezüglich der Betheiligung am stärksten I (34,1%), am geringsten II und V; bei A. ist IV die stärkste (39,1%). Bezüglich der Anstalts-

dauer sind I, II und IV (ca. 10 Monate) gleich, V doppelt und III dreimal soviel, Männer und Frauen verhalten sich gleich, nur bei V stehen 21,5 Monate für die Männer gegen 12,9 Monate für Frauen.

Bei einer weiteren Eintheilung der Paralyse in solche mit Alcohol, mit Syphilis, mit Tabes und in uncomplicirte und deren Eintheilung in obige Untergruppen findet Verf. für:

Paralyse mit Alcohol: stärkste Betheiligung von I (M. 35,9%, Frauen 41,4%); bei Ascher liefert IV die stärkste Betheiligung; bei beiden aber liefern I, III und IV zusammengenommen ziemlich gleiche Zahlen (K 83,6%, A. 79,2%) und bei beiden zeigt II die geringste Betheiligung. Die durchschnittlich längste Anstaltsdauer hat III (28,9 Monate), die 4 anderen eine ziemlich gleiche, viel geringere als III (ca. 10 Monate).

Bei P. mit Syphilis hat ebenfalls I die stärkste Betheiligung (41%), die schwächste V (5,4%). Die längste Anstaltsdauer bei III (31,7 Monate).

Bei P. mit Tabes: stärkste Betheiligung I (34,1%), schwächste II (10,4%); bei II sehr wenig Frauen, bei III mehr Frauen, bei II und V mehr Männer. Die Anstaltsdauer ist bei V am längsten und zwar sowohl für Männer und Frauen zusammen, als für Männer allein; für Frauen allein ist es III, die kürzeste hat II.

Bei einfacher Paralyse ist ebenfalls I am stärksten betheiligt (32,1%), am wenigsten V. Beide Geschlechter verhalten sich etwa gleich. Die Anstaltsdauer ist am längsten bei III, am kürzesten bei I.

Bei einem Gesammtdurchschnitt aus K.'s und A.'s Zahlen ist das Ergebniss: I und IV betheiligen sich am stärksten, II am wenigsten, III hat die längste Anstaltsdauer.

Die mittlere Anstaltsdauer ist am kürzesten bei den Potatoren, am längsten bei den männlichen Tabikern und weiblichen Syphilitikern.

Das Schlussergebniss heisst: Der mittlere Anstaltsaufenthalt ist für Männer 16,8, für Frauen 14,67, für beide zusammen 16,32 Monate.

Nach einem Aufenthalt von 1 Jahr ist über die Hälfte der Paralytiker todt, von Potatoren schon nach 1/2 Jahr fast die Hälfte. Am Ende des 2. Jahres sind fast 3/4 todt. Am Ende des 3. Jahrs bleibt von Männern noch 14,5%, von Frauen 11,9%; weibliche Syphilisfälle halten sich am längsten.

Die Anstaltsdauer zwischen Belasteten und Unbelasteten ist nicht verschieden.

Von 2 geheilten Paralysen erwies sich die eine als chron. Nicotinvergiftung, die andere als Delirium alcoholicum, beide standen nur kurz in Behandlung.

Betreffs der Sectionsergebnisse weist Verf. hin auf das häufige Vorkommen der Endocarditis deformans unmittelbar über der Aortenklappe, und zwar nicht in Fleckenform, sondern in fortgeschrittener Weise. In den seltensten Fällen ist sie die Ursache von Ventrikelhypertrophie; diese besteht allermeist durch Klappenfehler (Mitralklappen). Nicht so oft wie man erwarten sollte, findet sich bei Potatoren fettige Degeneratio cordis. Bei 50,7% fand sich Milztumor, chronisch und auf Stauung im Blutkreislauf beruhend, zumal bei Lungenerkrankung, der stärkste Grad von Milztumor bei Syphilis und Tabes. Nierenerkrankung bei 26,1%, besonders die „atro-

phische harte Niere", und zwar herrsche eine ziemliche Uebereinstimmung in der Zahl der Atherosen der Basalgefässe mit der der Schrumpfnieren. Bronchopneumonie fand sich relativ selten, häufig aber fibrinöse, zumal rechts und in den Unterlappen. Phthisis 26,3%, gleichmässig auf Miliartuberculose, Cavernen und käsige Herde vertheilt. Viele ausgeheilte und vernarbte Spitzenaffectionen (15,2%). 15% Phthisiker gingen an Pneumonie zu Grunde und 10% der Pneumoniker waren phtisisch. Zum Schluss gedenkt Verf. noch besonders der Ekchymosen und Magenschleimhaut, Pericard, Pleura etc. und deutet im Hinblick auf Brown-Séquard's Experiment, auf deren möglichen Zusammenhang mit Veränderungen in Pons, Corpus striatum und Thalamus opticus hin.

Es sei hier ausdrücklich bemerkt, dass ein Referat über diese sehr detaillirte Arbeit nur oberflächlich ausfallen konnte.

Wolff (Münsterlingen).

---

497) **Starlinger:** Ein Beitrag zur Anatomie und Pathologie der progressiven Paralyse.

(Wiener klin. Wochenschr. 1895, 763.)

Verf. berichtet über seine Untersuchung eines Paralytikergehirns mittels der Methode von Marchi und Algeri. Der betreffende Paralytiker hatte einen Monat ante mortem im Anschluss an einen paralytischen Anfall eine rechtsseitige Hemiplegie erlitten. Der Verfasser fand nun „in der linken Centralwindung massenhafte Degeneration der Markfasern bis in die Rinde hinaus, Projections- und Associationsfasern gleichmässig betreffend". Der temporale Lappen, Cuneus, und ebenso bis auf einige degenerirte Fasern auch die rechte Centralwindung waren völlig frei. In der Pyramidenbahn konnte Verf. ein kleines degenerirtes Feld bis zur Medulla verfolgen. Eine genaue macroscopische und microscopische Untersuchung des ganzen Gehirns berechtigt ihn, eine Herderkrankung auszuschliessen, er betrachtet demnach die Degenerationen als von der Rinde aus verlaufend. Er schliesst daraus, dass 1. im Anschluss an paralytische Anfälle Degenerationen des Markes auftreten und 2, dass Hemiplegien, die im Anschluss an solche Anfälle sich einstellen, mit diesen Degenerationen in Beziehung und Abhängigkeit zu bringen sind. Lehmann (Werneck).

---

498) **Heilbronner**-München: Ueber Krankheitsdauer und Todesursachen bei der progressiven Paralyse.

(Allg. Zeitschr.. Bd. 51, H. 1.)

H. macht statistische Untersuchungen an einem Material von 524 Paralytikern (418 M, 106 Fr.), die im Laufe der letzten 20 Jahre in der Kreisirrenanstalt zu München starben. Der Krankheitsbeginn wurde von dem Zeitpunkt angenommen, wo nach den allgemein nervösen Symptomen typische motorische (Sprache, Schrift) oder Ausfallserscheinungen (intellectuelle, ethische) auftraten. Auch zu Opticusatrophie und tabischen Symptomen mussten echt psychische Störungen treten. Einige Male begann die Krankheit mit einem paralytischen Anfall. Bei Bestimmung der Dauer des Anstaltsaufenthalts zählen Beurlaubungen nicht mit.

Der rein paralytische Tod trat bei Männern und Frauen etwa in der Hälfte aller Fälle ein und zwar etwas öfter an Erschöpfung als im Anfall; die andere Hälfte starb an Complicationen, die meisten direct an diesen 46% M., 39% Fr.), sehr wenige an der Complication im Anfall (5,5% M., 9,34% Fr.). Die höhere Mortalität der Männer durch Complicationen schreibt H. dem so häufigen Vorkommen von Wundinfectionskrankheiten, vornehmlich im 1. Jahr, und Herzaffectionen zu. Unter dem klinischen Bilde des Anfalls starben 28,23% M. und 32,07% Fr. (also viel weniger als Mendel angiebt, 50%), allermeist war hier der Anfall die causa mortis.

Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug für Männer 2 Jahre, 7 Monate, 3 Wochen, für Frauen 2 Jahre, 11 Monate. Die Dauer der reinen, uncomplicirten Paralyse war bei Männern 2 Jahre, 9 Monate, 3 Wochen; bei Frauen 2 Jahre, 9 Monate. Die kürzere Dauer der reinen Paralyse bei Frauen leitet Verf. daraus her, dass dieselben sehr häufig in den letzten Stadien der Krankheit von Complicationen dahingerafft werden. Bei den Fällen, die an Erschöpfung ausgingen, war beiderseits die Dauer etwas länger, als bei den am Anfall ausgehenden. Für die an Complicationen gestorbenen Männer betrug die Dauer 2 Jahre, 5 Monate, 1 Woche, für die Frauen aber 3 Jahre, 1 Monat.

Innerhalb der ersten 3 Krankheitsjahre starben verhältnissmässig mehr Männer, nach dem 3. mehr Frauen. Eine abnorm lange Dauer erreichten mehr Frauen (über 5 Jahre). Eine Frau war 12 Jahre krank, ein Mann 18 Jahre; der Mann starb an Erschöpfung, die Frau an Lungentuberculose.

Der durchschnittliche Anstaltsaufenthalt war bei Männern 1 Jahr 3 Monate, bei Frauen 1 Jahr, 8 Monate. Männer kamen durchschnittlich 6 Wochen später in die Anstalt, als Frauen, was Verf. für eine grosse Schädigung der männlichen Paralytiker hält, wenn man erwäge, welche Schädlichkeiten einen Paralytiker innerhalb 6 Wochen treffen könnten. Dem schlechten Zustand gemäss, in welchem die Kranken in die Anstalt gelangen, starben hier im ersten Vierteljahre fast 1/4.

Complicationen im engeren Sinne, als von der Paralyse veranlasst, nennt H. die Wundinfectionskrankheiten, gangrän und theilweise auch croup. Pneumonien und Rippenfracturen. Die anderen sind intercurrente Krankheiten. Die Tuberculose steht in der Mitte Verf. konnte bei keiner Krankheit einen retardirenden Einfluss auf die Paralyse constatiren.

Die meisten Erkrankungen bei Männern fallen in das Alter von 36 bis 40 Jahren (25,12%), bei Frauen in das von 41—45 (22,01%). Nach 50 und von 25 Jahren erkranken mehr Frauen; unter 106 Frauen befanden sich 4 unter 25 Jahren, unter 418 Männern nur einer.

Gesetzmässige Beziehungen zwischen Alter und Krankheitsdauer fand H. nicht, auch nicht zwischen Alter und Neigung zu Complicationen. Tödtliche Anfälle ohne Complicationen waren bei der Altersklasse von 41—45 Jahren am häufigsten.

Als Krankheitsursachen combinirten sich: Heredität, Lues, Potatorium, und Verletzungen. Bei keiner dieser Gruppen waren Complicationen besonders häufig. Bei Lues dauerte die Krankheit durchschnittlich länger, am kürzesten bei den traumatischen und Potatoriumsfällen, auch wirkten bei letzteren die Anfälle früher tödtlich.

Als Erkrankungsfälle, bei denen geistige Anstrengung ursächlich mitgewirkt haben könnte, nennt Verf. die von 26 Post- und Bahnbeamten; die Krankheitsdauer lag über dem Mittel; H. meint, hier sei die Krankheit leichter und früher zu bemerken gewesen.

Wo einmal ein Anfall aufgetreten ist, da ist die Gefahr, einem späteren zu erliegen, zwar grösser, aber sie tritt desshalb nicht früher ein; der Anfall birgt mehr Gefahr für das psychische Leben in sich, als für das physische.

Zur Illustration hat Verf. 15 Tabellen beigefügt.

Wolff (Münsterlingen).

---

499) **Henry Monod:** Note sur les aliénés recueillis après condannation dans les asiles publics de 1886 à 1890 et pour les quels il semble qu'une expertise medico-légale eût évité la condannation.

(Annales méd. psychol. 1895, Nr. 1, pg. 183 ff.)

M. hat durch Umfrage in französischen öffentlichen Irrenenstalten 271 Fälle von Geisteskranken zusammenbekommen, welche kurze Zeit nach einer gerichtlichen Verurtheilung der Irrenanstalt zugeführt worden sind und die strafbare Handlung unfraglich in geisteskrankem Zustande begangen haben. Die 271 Fälle sind einer Zahl von 33,000 Kranken entnommen, während die Gesammtzahl der in Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken 70—75,000 beträgt. Es hat nämlich nur ein Theil der Irrenanstaltsdirectoren präcise und brauchbare Mittheilungen gemacht, die Directoren von 50 Anstalten mit 8600 Geisteskranken behaupteten, solche Fälle unter ihren Kranken nicht zu haben, von 3 Anstalten mit mehr als 2200 Kranken liefen ganz ungenaue und unbrauchbare Antworten ein und von 4 Anstalten mit mehr als 6500 Kranken blieben solche völlig aus. Bedenkt man noch, dass nur die kurz nach einer unzweifelhaft in geisteskrankem Zustande erlittenen Verurtheilung aus den Gefängnissen in Irrenanstalten gebrachten Kranken berücksichtigt sind, dass viele Kranke dieser Art, wenn sie ruhig und harmlos sind, bis zum Ende ihrer Strafzeit im Gefängniss verbleiben, später vielleicht in Anstalten kommen, aber ohne dass man etwas von ihren criminellen Antecedentien erfährt, zahlreiche andere im Gefängniss als geisteskrank nicht erkannt werden, so muss die Zahl der in Betracht kommenden Kranken nach M. auf mindestens 700 für die fünfjährige Periode oder auf 140 pro Jahr geschätzt werden. Es erfolgen also jährlich 140 Verurtheilungen in Frankreich, welche bei einer sachverständigen Untersuchung der Inculpaten höchst wahrscheinlich vermieden worden wären (dabei sind aber die mehrfachen Verurtheilungen desselben geisteskranken Individuums, die ja häufig genug vorkommen, nicht in Erwägung und Rechnung gezogen. Ref.)

Die 271 von M. gesammelten Fälle betreffen 223 Männer und 48 Frauen, 10 waren noch nicht 20 Jahr alt, 48 befanden sich im Alter zwischen 20 und 30, 16 im Alter von 30 bis 40, 71 im Alter von 40 bis 50, 34 im Alter von 50 bis 60, 10 waren über 60 Jahre alt. Das Verbrechen war in 96 Fällen Diebstahl, in 45 Fällen Vagabondage, in 14 Fällen Betrug, in 17 Fällen Sittlichkeitsvergehen, in 10 Fällen Körperverletzung, in 2 Fällen Mord, in 2 Fällen Brandstiftung, in 11 Fällen

Beleidigungen, in 4 Fällen Hausfriedensbruch. Die Form der Geistesstörung war in 58 Fällen progressive Paralyse, in 8 Fällen Imbecillität, in 2 Fällen Idiotie, in 65 Fällen Geistesschwäche, in 16 Fällen geistige Entartung, in 11 Fällen Alcoholismus, in 21 Fällen Epilepsie und Hysterie, in 20 Fällen Wahnsinn (Amentia?), in 16 Fällen Manie, in 12 Fällen Melancholie, in 12 Fällen Paranoia Von jeder dieser Formen führt M. einzelne interessante Fälle genauer an.

Die unheilvollen Folgen, welche die Verurtheilung Geisteskranker hat, indem sie die Heilbarkeit vermindert oder vernichtet, die Ehre der betreffenden Individuen und die ihrer Familie schädigt, befleckt und ihnen nach ihrer Entlassung ihre Existenz erschwert, sind so schwerwiegend, dass M. mit Recht energische Massregeln zur Abhülfe fordert.

Ob die von ihm postulirte bessere Ausbildung der Richter in forensischer Psychiatrie viel helfen würde, möchte Ref. in Zweifel ziehen. Ein sachgemässer Unterricht würde aber wenigstens den Erfolg haben, dass die Richter das Wesen und die Schwierigkeit der in Betracht kommenden Fragen erkennen und verstehen lernten und sich weniger häufig über das Urtheil der Sachverständigen erheben würden. Von Werth dürfte aber einzig die Exploration aller in Untersuchung befindlichen Individuen durch Sachverständige sein, sei es, dass, wie M. will, dazu die Irrenärzte herangezogen werden, sei es, dass die Gefängnissärzte zu diesem Zwecke eine specialistische Ausbildung erhalten. Mit Recht hebt M. hervor, dass dies wenigstens in den grösseren Städten ohne Schwierigkeiten zu erreichen wäre. Es muss als eine arge und bedauernswerthe Versäumniss der Regierung angesehen werden, dass nicht wenigstens an den grösseren Untersuchungsgefängnissen psychiatrisch ausgebildete Hausärzte angestellt werden, welche die Pflicht hätten, jeden Untersuchungsgefangenen auf seinen Geisteszustand zu beobachten und zu prüfen, ebenso wie auch den grösseren Zuchthäusern eigens angestellte Psychiater durchaus Noth thun.

Hoppe.



Beilage

zum

Centralblatt für Nervenheikunde u. Psychiatrie.

November-December-Heft 1895.

Anweisung

über die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken, Idioten und Epileptischen in und aus Privat-Irrenanstalten (§ 20 der Gewerbe-Ordnung), sowie über die Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung solcher Anstalten.

Unter Aufhebung des Erlasses vom 19. Januar 1888 (M. Bl. d. i. V. S. 39) und der zu seiner Ergänzung später ergangenen, sowie der allgemeinen Vorschriften in dem Erlasse vom 17. Juni 1874 (M. 2493) bestimmen wir, was folgt:

I. Aufnahme.

§ 1. Die Aufnahme einer Person in eine Privat-Anstalt für Geisteskranke, Idioten und Epileptische darf nur auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses erfolgen, aus welchem ersichtlich sind: Veranlassung zur Ausstellung und Zweck des Zeugnisses, Zeit und Ort der Untersuchung, die dem Arzt gemachten Mittheilungen einerseits und seine eigenen Wahrnehmungen andrerseits Das Zeugniss soll sich darüber aussprechen, an welcher Form geistiger Störung der Kranke leidet und begründen, wesshalb er der Aufnahme in die Anstalt bedarf.

§ 2. In der Regel soll das Zeugniss vom Kreisphysikus oder, wenn dieser behindert oder Arzt der Anstalt ist, von dem für das Physicat geprüften Kreiswundarzte des Kreises, in welchem der Kranke seinen Wohnsitz hat, ausgestellt werden. Ist auch dies nicht angängig, so erfolgt die Ausstellung durch einen anderen Physikus oder für das Physikat geprüften Kreiswundarzt. Der letztere hat seinem Amtscharacter den Vermerk hinzuzufügen, dass er für das Physikat geprüft ist.

§ 3. Liegt bereits ein den Anforderungen des § 1 entsprechendee Zeugniss eines Arztes vor, so genügt es, wenn der beamtete Arzt (§ 2) auf Grund persönlicher Untersuchung des Kranken dem Inhalte des Zeugnisses beitritt.

§ 4. In dringenden Fällen kann die Aufnahme vorläufig auf Grund eines nach Vorschrift des § 1 abgefassten Zeugnisses eines jeden approbirten Arztes erfolgen. Auf diese Weise Aufgenommene müssen jedoch spätestens innerhalb 48 Stunden nach der Aufnahme durch den Physikus oder, wenn dieser behindert oder Arzt der Anstalt ist, durch den für das Physikat geprüften Kreiswundarzt, oder durch den Physikus eines benachbarten Kreises untersucht werden. Der Untersuchende hat sofort ein Zeugniss auszustellen, welches für das Verbleiben des vorläufig Aufgenommenen in der Anstalt oder für seine Entlassung massgebend ist.

In zweifelhaften Fällen ist die Untersuchung in kurzen Fristen zu wiederholen; das Zeugniss ist alsdann spätestens innerhalb zwei Wochen nach der Aufnahme auszustellen.

§ 5. Von der nachträglichen amtsärztlichen Untersuchung kann abgesehen werden:

1. wenn der Kranke mit einem privatärztlichen Zeugniss, welches den Vorschriften des § 1 genügt, auf Antrag des ihm als Geisteskranken bestellten Vormundes aufgenommen worden ist;

2. wenn das nach Vorschrift des § 1 abgefasste Aufnahmezeugniss von dem ärztlichen Leiter einer öffentlichen Irren-Anstalt oder einer psychiatrischen Universitäts-Klinik unter Beifügung des Amtscharacters ausgestellt worden ist.

§ 6. Die Aufnahme eines Kranken in eine Privatanstalt darf nur innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach der letzten ärztlichen Untersuchung erfolgen.

Der Zeitpunkt der letzten Untersuchung ist in dem ärztlichen Zeugnisse anzugeben.

§ 7. Die Uebernahme eines Kranken aus einer anderen Anstalt — sei es eine öffentliche oder eine private — darf nur erfolgen, wenn von deren Vorstand ein Uebergabeschein und eine beglaubigte Abschrift des Aufnahme-Zeugnisses, zutreffenden Falls auch des Nachweises der erfolgten Entmündigung, sowie ein Zeugniss über den Fortbestand der Krankheit übergeben wird. Das Zeugniss ist von dem ärztlichen Leiter der Anstalt auszustellen, in der sich der Kranke bisher befunden hat, und hat sich darüber auszusprechen, ob das Leiden als heilbar anzusehen ist.

§ 8. Die Aufnahme eines Kranken ist binnen 24 Stunden der für die Anstalt zuständigen Ortspolizeibehörde vertraulich anzuzeigen. Ist die Aufnahme ohne Wissen der Polizeibehörde des Wohnortes erfolgt, so ist ausserdem dieser Behörde binnen derselben Frist, unter Beifügung einer beglaubigten Abschrift der Aufnahmezeugnisse und der Ueberweisungspapiere, vertrauliche Mittheilung zu machen. Innerhalb derselben Frist ist die Aufnahme nicht entmündigter Kranker dem Ersten Staatsanwalt desjenigen Gerichts, welches für die Entmündigung des Kranken zuständig ist, oder falls dieses Gericht unbekannt ist, dem Ersten Staatsanwalt desjenigen Gerichts anzuzeigen, in dessen Bezirk die Anstalt liegt.

Die Aufnahme entmündigter Kranker ist dem zuständigen Vormundschaftsgericht anzuzeigen.

§ 9. Bei Ausländern ist die Aufnahme auch dem für die Anstalt zuständigen Regierungs-Präsidenten anzuzeigen. Hierbei ist die Person oder

die Behörde, welche die Aufnahme veranlasst hat, und der Heimathsort des Kranken anzugeben.

II. Entlassung und Beurlaubung.

§ 10. Die Entlassung muss erfolgen, wenn 1. der Kranke geheilt ist, 2. sein gesetzlicher Vertreter die Entlassung fordert. Ist der Kranke unter Mitwirkung einer Polizeibehörde aufgenommen, so darf die Entlassung nicht ohne Zustimmung dieser Behörde erfolgen.

§ 11. Beurlaubungen eines Kranken aus einer Privatanstalt dürfen die Dauer von 2 Wochen nicht überschreiten und in dem Falle des § 10 Abs. 2 nur mit Genehmigung der Polizeibehörde stattfinden. Eine Rückführung nach Ablauf dieser Zeit gilt als Neuaufnahme.

§ 12 Ein Kranker, welcher als für sich oder Andere gefährlich zu betrachten ist, darf nur entlassen oder beurlaubt werden, wenn die Polizeibehörde des zukünftigen Aufenthaltsortes auf vorherige Anzeige der Anstalt der Entlassung oder Beurlaubung zustimmt und wenn für die sichere Ueberführung gesorgt ist. Ist die unmittelbare Ueberführung in eine andere Anstalt sichergestellt, so genügt es, dass die Polizeibehörde des Ortes der entlassenden Anstalt vorher benachrichtigt wird.

§ 13. Sobald die Entlassung eines Kranken thatsächlich erfolgt ist, so muss davon den in § 8 genannten Behörden sofort Anzeige gemacht werden, unter Angabe des Tages der Entlassung und des Ortes, wohin der Kranke entlassen ist. Diese Behörden sind auch dann zu benachrichtigen, wenn ein Kranker gestorben ist oder sich aus der Anstalt entfernt hat.

III. Bestimmungen über freiwillige Pensionäre.

§ 14. Beabsichtigt der Unternehmer, freiwillige Pensionäre, d. h. solche Kranke aufzunehmen, die aus eigener Entschliessung in die Anstalt einzutreten wünschen, so bedarf er hierzu der Erlaubniss der Ortspolizeibehörde. Vor ihrer Ertheilung hat sich die Ortspolizeibehörde der Zustimmung des Regierungspräsidenten zu versichern, die in Landkreisen durch Vermittlung des Landrathes einzuholen ist. Die Erlaubniss wird nur unter Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs ertheilt.

§ 15. Die Genehmigung darf nur einer Anstalt ertheilt werden, in welcher ein Anstaltsarzt wohnt.

§ 16. Zur Aufnahme eines Pensionärs ist erforderlich: 1. eine ärztliche Bescheinigung der **Zweckmässigkeit** der Aufnahme vom medicinischen Standpunkte, 2. die schriftliche Einwilligung des Pensionärs selbst, die, wenn er einen gesetzlichen Vertreter hat, von diesem zu genehmigen ist. Die Aufnahme ist binnen 24 Stunden bei der Ortspolizeibehörde der Anstalt **vertraulich** anzuzeigen.

§ 17. Anträgen auf Entlassung muss, wenn sie von den gesetzlichen Vertretern der Pensionäre ausgehen, in jedem Falle entsprochen werden. Die Ablehnung eines von dem Pensionär selbst gestellten Antrages darf nur stattfinden, wenn zugleich der Anstaltsvorstand das im § 4 vorgesehene Verfahren einleitet. Die Entlassung ist alsbald der Ortspolizeibehörde (§ 16 Abs. 2) anzuzeigen.

IV. Einrichtung und Leitung.

§ 18. Die Privatanstalten für Geisteskranke, Idioten und Epileptische unterliegen den allgemeinen gesundheitspolizeilichen Vorschriften über die baulichen und technischen Einrichtungen von Krankenanstalten. Ausserdem gelten für die Privat-Anstalten folgende besondere Bestimmungen: 1. Die Anstalten müssen, so weit es sich nicht um wirthschaftliche oder Bureau-Angelegenheiten oder um den Unterricht der Kranken handelt, von einem in der Psychiatrie bewanderten Arzte geleitet werden, der durch längere Thätigkeit an einer grösseren öffentlichen Anstalt oder an einer psychiatrischen Universitätsklinik — wenn auch als Volontär — sich die nöthigen Kenntnisse verschafft hat. 2. Der Unternehmer der Anstalt bedarf für die eigene Uebernahme der ärztlichen Leitung oder für die Anstellung des leitenden Arztes der Genehmigung der Ortspolizeibehörde, die nicht ohne Zustimmung des Regierungspräsidenten zu ertheilen ist. Die Genehmigung kann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargethan wird, auf Grund deren sie ertheilt worden ist, oder wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Arztes sich dessen Unzuverlässigkeit in Bezug auf die ihm übertragene Thätigkeit ergiebt. 3. In Anstalten, in denen heilbare Kranke Aufnahme finden, oder welche für mehr als 50 Geisteskranke oder mehr als 100 Epileptische bestimmt sind, muss mindestens ein nach Vorschrift der Nr. 1 ausgebildeter Arzt wohnen. 4. Uebersteigt die Zahl der Geisteskranken 100 oder der Epileptischen 200, so muss ein zweiter Arzt bestellt werden und in der Anstalt wohnen. Für den zweiten Arzt ist zwar ebenfalls der Nachweis einer psychiatrischen Vorbildung erforderlich, doch brauchen in dieser Beziehung nicht die Bedingungen erfüllt zu werden, die an den leitenden Arzt zu stellen sind. 4. Sind mehr als 300 Geisteskranke oder mehr als 400 Epileptische in Behandlung, so kann für je 100 Geisteskranke und je 200 Epileptische die Anstellung eines weiteren Arztes angeordnet werden. 6. Für jeden Kranken müssen Personalakten mit fortlaufender Krankengeschichte vorhanden sein; ausserdem muss ein Hauptbuch und eine Zu- und Abgangsliste nach den beifolgenden Anweisungen*) geführt werden.

§ 19. Der Unternehmer hat dem leitenden Arzte namentlich folgende Obliegenheiten zu übertragen: 1. Die Anordnung der Isolirung eines Kranken — abgesehen von Nothfällen, in denen jedoch nachträgliche ärztliche Genehmigung erforderlich ist — sowie die Eintragung jedes Falles von Isolirung in ein besonderes, hierfür bestimmtes Buch. 2 Die Anordnung etwaiger mechanischer Beschränkung eines Kranken durch sogenannte Jacken, Binden oder ähnliche Vorrichtungen, sowie die Eintragung jedes solchen Falles und des Grundes der Anordnung in ein besonderes, hierzu bestimmtes Buch. 3. Die Anordnung der einzelnen Kranken zu gewährenden besonderen Kost und Verpflegung. 4. Die Bestimmung über die gesammte Thätigkeit des Wartepersonals, soweit es sich um die Krankenpflege handelt. 5. Die Beantwortung aller schriftlichen und mündlichen Anfragen von Behörden, Anverwandten und gesetzlichen Vertretern, soweit die Anfragen

---

*) Von dem Abdruck der Schemata ist hier Abstand genommen.

sich auf den Zustand der Kranken beziehen. Ausserdem darf der Unternehmer Verlegungen von Kranken auf eine andere Abtheilung, die Beschäftigung der Kranken und die allgemeine Regelung ihrer Beköstigung, sowie die Vertheilung des Wartepersonals nur mit Zustimmung des leitenden Arztes vornehmen.

V. Beaufsichtigung.

§ 20. Die Privatanstalten werden regelmässig durch den zuständigen Physikus oder einen zu dessen Vertreter bestellten Medicinalbeamten und ausserdem durch eine von den Ministern der Medicinal-Angelegenheiten und des Innern einzusetzende Besuchscommission besichtigt.

§ 21. Die Besichtigungen finden unvermuthet statt, und zwar: 1. Durch den Physikus oder dessen Stellvertreter ohne besonderen Auftrag alljährlich zweimal — einmal im Sommer, einmal im Winter. — 2. Durch die Besuchscommission in der Regel einmal jährlich. Der zuständige Physikus hat dieser Besichtigung beizuwohnen. Bei jeder Besichtigung sind die Aerzte der Anstalt zur Anwesenheit und Ertheilung von Auskunft verpflichtet.

§ 22 Der Physikus oder dessen Stellverteter hat über jede von ihm vorgenommene Besichtigung dem Regierungspräsidenten nach Anleitung des vorliegenden Schemas zu berichten. Ausserdem ist betreffs des Wechsels u. s. w. der Kranken und der Zahl u. s. w. des Personals jedesmal das beiliegende, bereits vorgeschriebene statistische Formular auszufüllen.

§ 23. Die Besuchscommission hat die unter I bis III des Schemas für den Bericht des Kreisphysikus angeführten, ausserdem sonst wichtig erscheinende Punkte (ausreichende Versorgung mit Aerzten [§ 18, 5], Verhalten des Wartepersonals, Vollständigkeit der Krankengeschichten) zu berücksichtigen, über das Ergebniss an den Regierungspräsidenten zu berichten und hierbei zur Abstellung vorgefundener Uebelstände die geeigneten Massnahmen vorzuschlagen.

VI. Schluss- und Uebergangsbestimmungen.

§ 24. Bei sämmtlichen auf Grund dieser Anweisung zu erstattenden Anzeigen sind, wenn sie nicht mittelst Postbehändigungsscheines erfolgen, die betreffenden Behörden um eine Empfangsbestätigung zu ersuchen.

§ 25. Als Aerzte im Sinne dieser Anweisung sind nur die im deutschen Reiche approbirten Aerzte (§ 29 der Gewerbeordnung) zu verstehen.

§ 26. Ueberall, wo in dieser Anweisung vom Regierungspräsidenten die Rede ist, tritt an dessen Stelle für Berlin und Charlottenburg der Polizeipräsident von Berlin.

§ 27. Die Vorschriften dieser Anweisung treten sofort in Kraft, soweit nicht in den anderen Paragraphen etwas Anderes bestimmt wird.

§ 28. Privatanstalten, denen die Genehmigung zur Aufnahme freiwilliger Pensionäre (Abschnitt III) unter anderen Voraussetzungen als denen des § 15 ertheilt ist, dürfen künftig solche Kranke nicht aufnehmen. Die Bestimmung im letzten Satze des § 14 gilt auch für bestehende Anstalten.

§ 29. Bei den an Privatanstalten bereits thätigen Aerzten kann, solange sie bei derselben Anstalt verbleiben, vom Nachweise der im § 18, 1

3 und 4 geforderten Vorbildung mit Zustimmung des Regierungspräsidenten abgesehen werden. Im Uebrigen muss den Vorschriften des § 18, 3, 4 und 5, soweit sie nicht früher erfüllt werden können, bis spätestens zum 1. October 1896 genügt werden.

§ 30. Aus den im § 18, 2 Abs. 2 angegebenen Gründen kann auch einem beim Inkrafttreten dieser Anweisung eine Anstalt leitenden Arzte diese Leitung entzogen werden.

§ 31. Auf die beim Inkrafttreten dieser Anweisung bereits bestehenden Anstalten, deren Einrichtungen der Polizeiverordnung über Anlage, Bau und Einrichtung von öffentlichen und Privat-Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten vom 19. August 1895 nicht entsprechen, kommen die dort getroffenen Bestimmungen erst dann zur Anwendung, wenn ein Neubau, Umbau oder Erweiterungsbau stattfindet. Soweit die Bestimmung der Polizeiverordnung vom 19. August 1895 (§ 8) nicht Platz greifen, bewendet es für die Bemessung des jedem Kranken zu gewährenden Luftraumes und für die Versorgung der Anstalt mit Badeeinrichtungen bei den bestehenden Bestimmungen. Jedoch dürfen neue Kranke nicht eher aufgenommen werden, bis in Folge der Verminderung des Bestandes durch Abgang und Entlassung die im § 8 der Polizeiverordnung vorgeschriebenen Maasse des für den Kopf zu gewährenden Raumes auch in diesen Anstalten erreicht worden sind.

Berlin, den 20. September 1895.

Der Minister der geistl., Unterrichts- u. Medicinal-Angelegenheiten.
Bosse.

Der Justizminister.
Schönstedt.

Der Minister des Innern.
I. V. Braunbehrens.

Inhalt des November-December-Hefts.

I. Originalien.

II. Versammlungs-Bericht.

III. Bibliographie.

IV. Referate u. Kritiken.

A. Anatomie u. Physiologie.

1. Anatomie u Histologie.

Nr. 438) Ramon y Cajal: Alcunas contribuciones al conocimiento de los Ganglios del encéfalo

Nr. 439) Henschen: Les centres optiques cérébraux.

Nr. 440) v. Bechterew: Der hintere Zweihügel als Centrum für das Gehör, die Stimme und die Reflexbewegungen.

2. Physiologie u. Psychologie.

Nr. 441) Dreher: Grundzüge einer Gedächtnisslehre.

Nr. 442) Morselli: I disturbi della coscienza in relazione con le dismnesie.

B. Nervenheilkunde.

I. Allgemeine Pathologie u. pathol. Anatomie..

Nr. 443) Marie: Sur l'incongrieux entre lésions des fibres radiculaires intramédullaires et les lésions des troncs de racines.

Nr. 444) Souques u. Marinesco: Dégénération ascendante de la moelle, destruction par compression de la queue de cheval et du cône terminal.

Nr. 445) Pellizi: Contributo alla conoscenza delle degenerazioni secondarie del midollo spinale.

Derselbe: Nuove richerche sperimentali sulle degenerazioni secondarie spinali.

Nr. 446) Pellizi: Sul decorso nel bulbo nel cervello posteriore et nel cervelletto delle fibre degenerate in linea ascendenti nei fasci periferici del cordone antero-laterale, e sui-rapporti che contraggono i resti dei cordoni-posteriori col corpo restiformi.

Nr. 447) Pacetti: Sulle lesioni del tronco dell'encefalo nella tabe.

Nr. 448) Rachford: Leucomain poisoning.

Nr. 450) Mettler: Are work and worry causes of nervous affections.

Nr. 451) v. Bechterew: Ueber den Einfluss des Hungerns auf die neugeborenen Thiere, insbesondere auf das Gewicht und die Entwicklung des Gehirns.

Nr. 452) Fabricius: Insolation or Thermoplegia

Nr. 453) Biot: Du rôle de la barbe dans l'étiologie de la paralysie a frigore.

Nr. 454) Kieninger: Myxödem in Folge angeborenen Schilddrüsenmangels.

Nr. 455) Hutchinson: A case of acromegaly in a giantess.

Nr. 456) Bayley: Valvular disease of the heart in tabes.

2. Diagnostik und Untersuchungsmethoden.

Nr. 457) Lichtheim: Zur Diagnostik der Meningitis.

Nr. 458) Clark: Report of two cases of cerebral tumours mistaken for paresis, with autopsy.

Nr. 459) Quincke: Ueber Lumbalpunction.

Nr. 460) Motschutkowsky: Ein Apparat zur Prüfung der Schmerzempfindung. Der Haut-Algesiometer.

Nr. 461) Koenig: Weitere Mittheilungen über die functionellen Gesichtsfeldanomalien mit besonderer Berücksichtigung von Befunden an normalen Menschen

2. Specielle Pathologie.

a) Gehirn.

Nr 462) Pic: Tumeur du lobe occipital avec hémianopsie.

Nr. 463) Vialet: Considérations sur le centre visuel cortical à propos de deux nouveaux cas d'hémianopsie corticale suivis d'autopsie

Nr. 464) Schröder: Lähmung der associirten Bewegungen der Augen nach unten nebst Spasmen der Bewegungen nach oben.

Nr. 465) Smith: Peculiar perversion of the color perversion.

Nr. 466) Nammack: A case of brain tumor medically.

Nr. 468) Roth: Ein operativ geheilter Fall von Gehirntumor.

Nr. 469) Muratow: Zur Casuistik bei acuten Hirnkrankheiten des Kindesalters.

Nr 470) Bacon: A case of cerebellar abscess as a result of chronic suppurative otitis media. Operation, death, autopsy.

b) Peripherische Nerven und Muskeln.

Nr. 471) Vulpius: Zur Kenntniss der Scoliosis neuropathica.

Nr. 475) Rugh u. Mills: Progressive muscular atrophy, more marked in the rhomboid and shoulder muscles, but also involving the muscles of the tongue and face, and the external ocular muscles.

Nr. 473) Remak: Ein Fall von einseitigem angeborenem Defect des Platysma myoides.

Nr. 475) Bouveret: Deux cas de myopathie atrophique progressive; atrophie linguale myopathique.

Nr. 476) Eshner: A case of pseudomuscular hypertrophy.

C. Psychiatrie.

I. Allgemeine Psychopathologie

Nr. 477) Freud: Theorie der Hysterie

Nr. 478) Stscherbak und Iwanow: Ein Fall von tactiler Polyästhesie und Macroästhesie.

Nr. 479) Jelgersma: Psychische Ausfallserscheinungen bei chronischen organischen Hirnleiden.

Nr. 480) Siegmund: Beitrag zur Lehre der Urinveränderungen bei Geisteskrankheiten, insbesondere bei der progressiven Paralyse

Nr. 481) Lui: Die Harnstoff und Phosphorsäure-Ausscheidung in Erregungs- und Depressionszuständen Geisteskranker.

Nr. 482) Stefani: Die Phosphorsäure-Ausscheidung durch den Urin in der depressiven Phase einer cyklischen Psychose.

Nr. 483) Snell: Ueber Analgesie des Ulnarisstammes bei Geisteskranken.

Nr. 484) Goebel: Weitere Untersuchungen über das Ulnarissymptom bei Geisteskranken.

Nr. 485) Weir: Suicide in the United States.

Nr. 486) Ferrari: Ein Fall von partieller continuirlicher Amnesie.

Nr. 487) Sollier: Ein Fall von polyneuritischer Psychose.

Nr. 488) Ferrari: Die polyneuritische Psychose.

Nr. 489) Nageotte: Etude sur la méningo-myélite diffuse dans le tabes, la paralysie générale et la syphilis spinale.

Nr. 490) Joffroy: Die tabische Form der progressiven Paralyse.

Nr. 491) Mirto: Die electrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven bei Idiotie.

Nr. 492) Bernardini und Perugia: Das Verhalten von Sensibilität, Motilität und Reflexen bei Blödsinnigen.

2 Specielle Psychopathologie

Nr. 493) Lührmann: Progressive Paralyse im jugendlichen Alter u. progressive Paralyse (Tabes) bei Eheleuten.

Nr. 494) Justschenko: Die progressive Paralyse des Jugendalters.

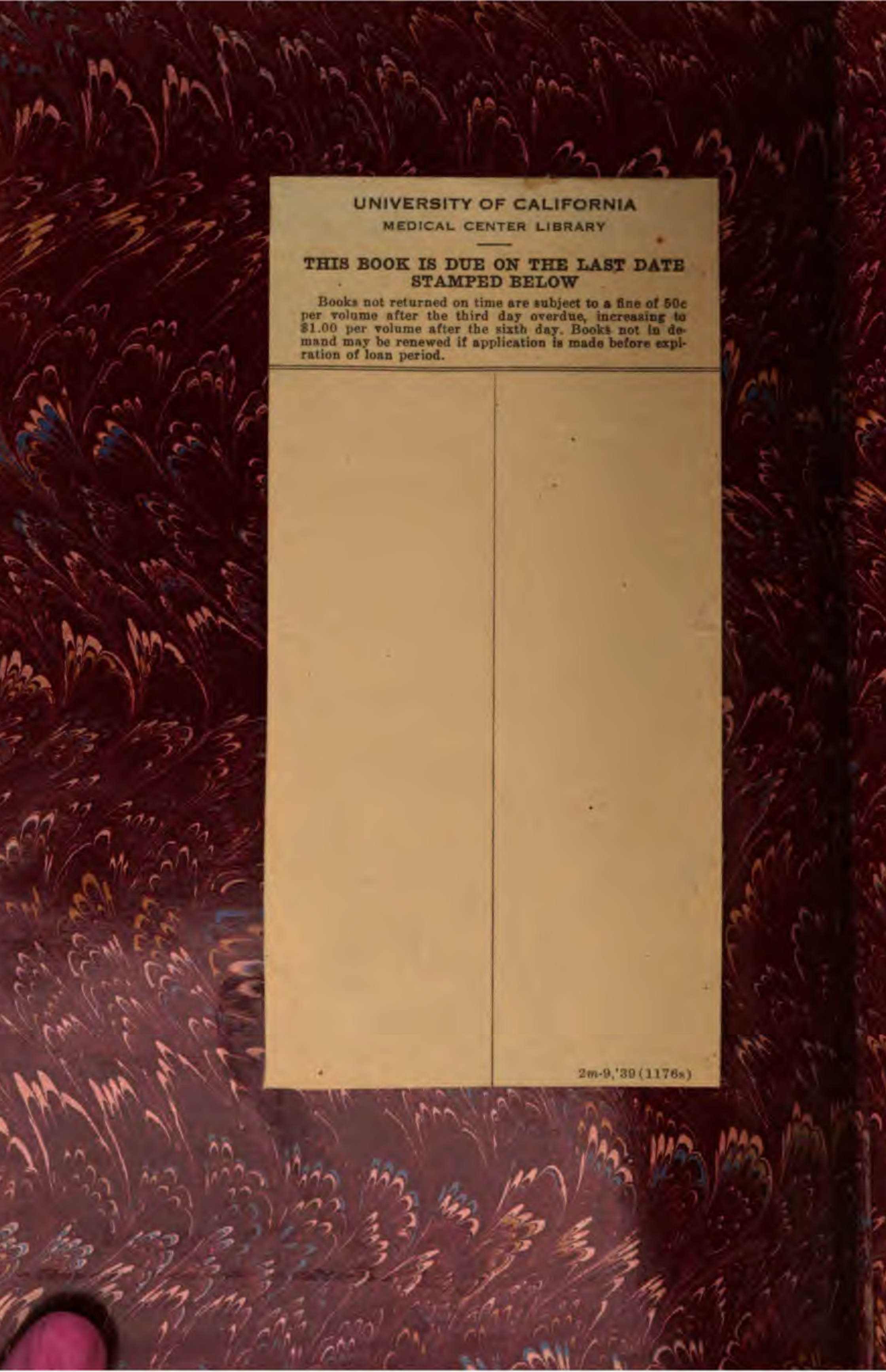
Nr. 495) Kaes: Statistische Betrachtung über die wichtigsten somatischen Anomalien bei allgemeiner Paralyse.

Nr 496) Kaes: „Statistische Betrachtungen über Ausbruch, Verlauf, Dauer und Ausgang der allgemeinen Paralyse nebst eingehender Berücksichtigung der Befunde an der Leiche, namentlich an den Lungen, jedoch mit Ausschluss des Centralnervensystems."

Nr 497) Starlinger: Ein Beitrag zur Anatomie und Pathologie der progressiven Paralyse

Nr. 498) Heilbronner: Ueber Krankheitsdauer und Todesursachen progressiver Paralyse

Nr. 499) Monod: Note sur les aliénés recueillis aprés condannation dans les asiles publics de 1886 à 1890 et pour les quels il semble qu'une expertise médico-légale eût évité la condannation.




v.18
1895
Centralblatt für nervenheilkunde und psychiatrie.
18013
L LIBRARY

